

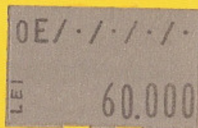
În viața fiecărui om pot exista momente când acesta se simte nesigur, trist, dezorientat. De multe ori, această stare este echivalentă cu scăderea randamentului în activitate, probleme în familie și în societate. Aceasta nu înseamnă însă că este vorba de o boală psihică, ci doar de o criză de moment ce se poate depăși de cele mai multe ori doar cu ajutor psihologic, fără medicamente.

A lăsa să se permanentize o astfel de stare poate duce la fixarea unor modele de conduită dezadaptativă, situație în care intervențiile viitoare vor fi mai dificile și de mai lungă durată.

Nu pentru toate problemele noastre este necesar să facem terapie de lungă durată, costisitoare sub aspect financiar și al timpului, pentru că multe probleme se pot rezolva ușor și eficient, prin psihoterapii scurte centrate pe simptom.

Trebuie să pornim de la convingerea că fiecare dintre noi dispune de suficiente resurse interioare de autoreglare și autovindecare.

Autoarea





EDITURA CERES

ISBN 973-40-0474-3

IRINA HOLDEVICI • PSIHOTERAPII SCURTE

IRINA HOLDEVICI

PSIHOTERAPII SCURTE

Să ne rezolvăm problemele de viață rapid și eficient



EDITURA CERES

Prof. univ. dr. IRINA HOLDEVICI

PSIHOTERAPII SCURTE

Să ne rezolvăm problemele de viață rapid și eficient



EDITURA CERES
București, 2000

Redactor: CRISTIANA GAVRILESCU
Tehnoredactor: EUGENIA CERNEA
Coperta: CRISTINA MARCU

ISBN 973-40-0474-3

CUPRINS

Cuvânt înainte

Cartea *„Psihoterapii scurte"* îşi propune să prezinte o serie de tehnici de psihoterapie şi autoreglare a comportamentului, tehnici foarte precise, centrate nu numai pe reducerea unor simptome psihice şi psihosomatice, ci şi pe diminuarea consecinţelor nedorite ale stresului şi pe rezolvarea problemelor de viaţă.

Lucrarea este o premieră în literatura psihologică românească, deoarece până în prezent au fost editate fie tratate de psihoterapie, fie monografii dedicate unor şcoli psihoterapeutice bine cunoscute şi precis delimitate.

Dacă până nu demult psihanaliza a reprezentat metoda psihoterapeutică cea mai larg răspândită şi cea mai valorizată, la ora actuală în ţările Europei Occidentale, precum şi în Statele Unite, se manifestă tot mai mult tendinţa de scurtă durată, mai puţin costisitoare şi cu rezultate evidente.

Autoarea, profesor universitar, cu peste 25 de ani de experienţă, psihoterapeut şi psiholog specializat în optimizarea performanţelor umane, recunoscută în ţară şi în străinătate, a publicat mai mult de 15 cărţi în domeniile hipnozei clinice, relaxării, psihoterapiei cognitiv-comportamentale şi a autoreglării psihice.

În carte sunt abordate terapiile analitice de scurtă durată, tehnicile terapeutice cognitiv-comportamentale, hipnoza modernă, precum şi metodele strategice utilizate în psihoterapia de familie.

Unele dintre metodele descrise de autoare se aplică în cabinetele specializate de psihoterapie, în timp ce altele pot fi utilizate personal, sub formă de tehnici de management al stresului, de către orice persoană care doreşte să fie mai sănătoasă şi mai eficientă.

Cartea *„Psihoterapii scurte”* reprezintă o lectură agreabilă, care îmbină rigoarea şi stilul academic cu aplicaţiile practice şi studiile de caz, tratate personal de autoare sau preluate din literatura de specialitate.

Lucrarea se adresează psihologilor, medicilor, studenţilor la medicină şi psihologie, precum şi tuturor celor interesaţi să se autocunoască şi să se autoperfecţioneze.

Prof. univ. dr. **Mihai Epuran**

Capitolul 1

O PLEDOARIE PENTRU PSIHOTERAPIA DE SCURTĂ DURATĂ

O psihoterapie eficientă trebuie să fie scurtă şi precisă Lazarus şi Fay (1990). O şedinţă de psihoterapie nu trebuie să conţină teste inutile, metode redundante, pauze prelungite sau discursuri nefolositoare. Aceasta nu înseamnă că terapeutul trebuie să omită detalii importante sau să nu aplice o anumită tehnică doar din dorinţa de a scurta terapia (Zeig şi Gillian, 1990, p. 37).

Reducerea duratei terapiei are la bază şi raţiuni de ordin etic, deoarece numai terapeuţii lipsiţi de profesionalism pot prelungi la nesfârşit terapia, nerezolvând cazul şi creând dependenţe ale pacientului.

Referindu-se la psihoterapia scurtă, Hoyt (1989) subliniază faptul că „scurt înseamnă nu mai mult decât este necesar”. Din această afirmaţie putem trage concluzia că nu putem stabili o durată optimă pentru psihoterapie; astfel, de pildă, o psihoterapie care a durat şase luni, dar în care au avut loc doar două şedinţe, poate fi considerată mai scurtă decât o terapie care a durat două luni, cu şedinţe bisăptămânale.

Conceptul de *psihoterapie scurtă* este de dată relativ recentă, deoarece până nu demult, psihanaliza, a cărei durată era în medie de 2–3 ani, era considerată tehnica psihoterapeutică dominantă, multe persoane având chiar tendinţa de a confunda psihanaliza cu psihoterapia, în general.

Cu toate acestea, psihoterapia scurtă a apărut pe terenul psihanalizei şi a îmbrăcat forma terapiilor dinamice de scurtă durată.

Astăzi, se includ în cadrul psihoterapiilor scurte şi alte sisteme terapeutice moderne, cum ar fi terapia ericksoniană, terapiile

comportamentale, cognitive, terapia rațional-emotivă, terapia strategică sau terapia prin intervenție paradoxală.

Lazarus și Fay (1990) sunt de părere că psihoterapia de lungă durată nu este numai ineficientă, fiind lipsită de precizie și insuficient focalizată, ci chiar nocivă, deoarece întărește imaginea de sine patologică a pacientului.

Aceiași autori susțin că un avantaj major al terapiei scurte este și faptul că, dacă terapia nu dă rezultatele scontate, măcar se poate afla acest lucru mai devreme.

Howard și Myers (1987) subliniază că factorii care au făcut posibilă intervenția de scurtă durată încununată de succes sunt:

- abordarea terapeutică focalizată pe problemă;
- abordările pe principiile învățării;
- abordarea sistemică în psihoterapie;
- succesele rapide obținute prin intermediul intervențiilor farmacologice.

Astfel, de pildă, multe cariere artistice sau sportive au fost distruse de tracul de scenă, deși subiecții urmaseră programe psihoterapeutice întinse pe luni sau ani, în timp ce alte persoane au rezolvat aceste probleme luând o singură doză de substanțe beta-blocante înainte de a-și juca rolul (Brantigan, Brantigan și Joseph, 1982).

CRITERIUL TEMPORAL ÎN PSIHOTERAPIA SCURTĂ

Psihoterapia scurtă poate implica o singură ședință (Bloom, 1981) sau poate merge până la 40–50 de ședințe, cu o medie de 20.

Astfel, terapia rațional-emotivă a lui Ellis (1989) durează între 5 și 50 de ședințe, în timp ce Mann, Goldman (1982) și Horowitz (1984) sunt de părere că numărul optim ar fi de 12 ședințe de psihoterapie.

Wells (1982) considera că dacă o cură terapeutică este mai lungă de 15 ședințe, nu mai poate fi vorba de terapie scurtă, în timp ce multe organizații de sănătate mintală din S.U.A., care lucrează pe bază de asigurări, consideră că psihoterapia trebuie să dureze în jur de 20 de ședințe (Lazarus și Fay, 1990).

În cazul psihoterapiei scurte se pune și problema duratei unei ședințe de psihoterapie. Dacă inițial se considera, pe baza experienței psihanalitice, că o ședință standard trebuie să dureze 50 de minute, la ora actuală există și autori care se referă la ședințe de 10–20 de minute (Goulding și Goulding, 1979, Barton, 1965; Dreiblat și Weatherly, 1965; Koegler și Cannon, 1966).

Adepții psihoterapiei realizate într-o singură ședință lucrează, în general, cu pacientul între 90 și 120 de minute, deși există și unele variante de psihoterapie maraton, care constau într-o singură ședință care durează 10 ore (Berenbaum, 1969).

Un alt factor temporal important îl reprezintă și intervalul dintre ședințele de psihoterapie. Există terapeuți care lucrează de două ori pe săptămână, alții săptămânal sau terapeuți care își întâlnesc pacienții o dată la câteva luni. Din nefericire, acest factor este reglat mai puțin de obiectivele terapiei, cât de considerente economice.

Haley (1990) susține că pentru a practica o terapie de lungă durată, terapeutul nu are nevoie de abilități speciale, pentru că el învață timp de luni și ani de zile, pe pielea pacientului, prin încercare și eroare, cum să realizeze psihoterapia.

Mai mult, psihoterapia de lungă durată a apărut pentru că terapeuții nu sunt capabili să-și vindece mai repede pacienții.

În același timp, se poate spune însă că și unii psihoterapeuți specializați în terapie scurtă nu sunt capabili să-și mențină pacienții o perioadă mai îndelungată.

Unul dintre puținii terapeuți care a avut curajul să discute deschis maniera în care un terapeut poate împiedica un pacient să se ducă la altcineva a fost Milton Erickson (cit. Halley, 1990, p. 3). Astfel, de pildă, acesta îl asculta cu atenție pe pacientul-client și apoi revenea astfel:

„Știu cât de greu îți este să vorbești despre asta; dacă va trebui s-o iei de la capăt în altă parte, va fi și mai dureros pentru dumneata".

Durata psihoterapiei este deosebit de importantă pentru client, iar în țările occidentale, companiile de asigurări limitează această durată.

Deoarece psihoterapia reprezintă, în acelaşi timp, o vocaţie şi o afacere, este clar că terapeutului îi convine să câştige mai mult menţinând clientul în terapie un timp mai îndelungat.

În acelaşi timp, terapeuţii specializaţi în demersuri de lungă durată consideră că terapia lor este mai profundă şi produce modificări de durată la nivelul personalităţii clienţilor, în timp ce terapia scurtă are un caracter superficial.

Drept răspuns, partizanii terapiei scurte subliniază că nu a fost găsită nici o corelaţie între durata terapiei şi succesul acesteia.

Pentru a ilustra faptul că terapia de lungă durată nu este de cele mai multe ori eficientă, Halley (1990) relatează următoarea întâmplare. El se afla într-un restaurant la Paris, unde a întâlnit un cuplu cu care a intrat în vorbă. Soţul a afirmat că a urmat o terapie analitică timp de 12 ani, iar soţia timp de 8 ani, ambii cu mai multe şedinţe pe săptămână. Halley le-a adresat întrebarea dacă psihoterapia le-a rezolvat problemele, la care soţii au răspuns firesc „Bincînţeles că nu, altfel nu am fi continuat!".

Autorul i-a întrebat, în continuare, dacă ar recomanda psihoterapia urmată şi altor persoane, la care cei doi au răspuns:

„Desigur, toată lumea trebuie să facă psihoterapie".

Am avut şi în practica noastră un caz în care terapia de lungă durată nu şi-a dovedit utilitatea. Astfel, o tânără studentă la arte plastice, suferind de agorafobie, s-a prezentat la cabinet pentru ajutor, făcând următoarea afirmaţie:

„Am urmat trei ani de psihanaliză. Mi-a plăcut foarte mult, am aflat multe despre mine şi am început să pictez mai matur, dar tot nu pot să merg singură pe stradă".

Problema tinerei a fost rezolvată cu succes în 6 şedinţe de hipnoterapie.

În ultimii 20 de ani s-au produs progrese remarcabile în domeniul psihoterapiei.

La ora actuală nu mai putem vorbi de câţiva psihoterapeuţi care se ocupă de câţiva clienţi bogaţi, aflaţi în impas, psihoterapia devenind aproape o industrie, în care lucrează psihologi, psihiatri, asistenţi sociali sau psihopedagogi.

Există, de asemenea, nenumărate şcoli de psihoterapie în afară de psihanaliză, psihoterapie comportamentală cognitivă, raţional-emotivă, de familie, strategică, hipnoterapie non-directivă, consiliere terapeutică etc.

Psihoterapia de scurtă durată este mult mai solicitantă pentru terapeut, acesta propunându-şi un obiectiv concret şi urmărind să obţină rezultate palpabile.

Astfel, de pildă, în cursul primului interviu, terapeutul trebuie să depună eforturi pentru a afla care este problema pacientului şi pentru a găsi o metodă eficientă de intervenţie, acesta având sarcina de a formula problema şi de a trasa pacientului sarcinile terapeutice.

A doua întâlnire evidenţiază modul în care a reacţionat subiectul la instrucţiunile administrate de terapeut, terapeutul realizând modificări la nivelul respectivelor instrucţiuni. În cursul celei de-a treia şedinţe de psihoterapie sunt de aşteptat modificări pozitive în comportamentul clientului, moment în care se măreşte intervalul dintre şedinţe, iar terapeutul porneşte în căutarea unor noi pacienţi.

Mai mult, în cadrul terapiei scurte, este necesară cunoaşterea mai multor metode şi tehnici de intervenţie, în timp ce terapia de lungă durată are la bază doar o singură tehnică.

Psihoterapia de lungă durată pune accentul pe explicaţii, interpretările reprezentând instrumentul terapeutic de bază, în timp ce demersurile de scurtă durată se axează pe instrucţiuni, având un caracter mai directiv.

Mai precis, terapia de lungă durată îl ajută pe pacient să înţeleagă în ce constă problema sa, în timp ce obiectivul terapiei scurte este soluţionarea problemei.

Un alt dezavantaj al terapiei de lungă durată constă în faptul că relaţia transferenţială dintre pacient şi terapeut se poate prelungi foarte mult, unii devenind un fel de „toxicomani" ai psihoterapiei, aceştia având tendinţa de a transforma terapia într-o „prietenie plătită".

Desigur, există şi situaţii când se recomandă o terapie de lungă durată, ca în cazurile pacienţilor relativ normali care doresc să se autoperfecţioneze, în cazul psihopaţilor care au comis acte antisociale şi care trebuie să se supună psihoterapiei prin hotărâre

judecătorească (aceştia trebuie ţinuţi un timp mai îndelungat sub observaţie, pentru a fi siguri că fapta nu se va repeta), în cazul în care este necesară stabilizarea unui cuplu sau a unei familii sau în cazul unor familii unde unul din membri este psihotic.

H a l l e y (1990) este de părere că plata terapeutului ar trebui să se facă nu atât în funcţie de numărul de şedinţe, cât de rezultatul terapiei, respectiv ameliorarea sau dispariţia simptomului. O astfel de abordare ar conduce la o mai bună pregătire a terapeutului şi la o mai clară focalizare a demersului psihoterapeutic în direcţia rezolvării problemelor pacienţilor.

H o y t (1989) consideră că mesajul care se ascunde de fapt în spatele conceptului de psihoterapie scurtă este următorul: „nu pierdeţi timpul; prindeţi momentul potrivit pentru a acţiona".

DEMERSUL PSIHOTERAPEUTIC CENTRAT PE REZOLVAREA DE PROBLEME

Centrarea pe rezolvarea de probleme şi focalizarea demersului terapeutic pentru a găsi soluţia optimă sunt bine ilustrate de modelul strategic în psihoterapia de familie, model propus de S h a z e r şi colaboratorii săi din cadrul Centrului de Psihoterapie de Familie din Milwankee, Wisconsin.

Modelul respectiv implică o strânsă relaţie de colaborare dintre client şi terapeut, acordarea unei importanţe reduse detaliilor şi focalizarea pe acele comportamente pe care clientul le manifestă deja şi care au o conotaţie pozitivă.

L a z a r u s şi F a y (1990) au pus, la rândul lor, la punct un sistem de psihoterapie scurtă cuprinzând 12 şedinţe şi care are drept scop focalizarea demersului pentru remedierea principalelor probleme pe care le prezintă clientul.

Pentru a ilustra eficienţa acestui demers, autorii prezintă un caz în care psihoterapia a fost încununată de succes.

O femeie foarte agresivă, de 36 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru următoarele probleme: „toţi mă urăsc, soţul meu vrea să divorţeze, părinţii şi sora mea nu vorbesc cu mine, sunt pe cale să-mi pierd serviciul, iar unica mea prietenă s-a mutat în alt oraş pentru a nu mai auzi de mine".

Clienta era foarte inteligentă, vioaie, activă şi aproape simpatică, deşi stilul ei interpersonal era dezastruos.

Ea s-a adresat terapeutului pe un ton răstit, ameninţându-l cu degetul:

„Ascultă, mai bine l-ai chema aici pe soţul meu şi i-ai spune că unele din lucrurile pe care le face mă calcă pe nervi".

Cu permisiunea clientei, terapeutul a solicitat informaţii în legătură cu ea de la ceilalţi terapeuţi pe la care mai fusese şi care o etichetaseră „psihotică şi periculoasă".

Unul dintre terapeuţi (o femeie) a relatat faptul că la ultima şedinţă de psihoterapie, clienta a muşcat-o şi acesta a fost motivul „terminării terapiei".

Interogată fiind, clienta a oferit următoarea explicaţie:

„La şedinţa respectivă de psihoterapie mă aflam împreună cu soţul meu, care făcea remarci nepotrivite la adresa mea, remarci pe care terapeuta le tolera. M-am enervat şi i-am dat soţului „un ghiont". Ca să înţelegeţi cum s-au desfăşurat lucrurile, trebuie să vă spun că soţul meu are „centura neagră" la karate, 1,90 m înălţime, 96 kilograme, în timp ce eu am 1,65 înălţime şi 59 kg. Dna dr. N. a sărit în picioare, a început să strige că dezaprobă violenţa fizică, m-a apucat de braţ şi încercând să mă imobilizeze, m-a zgâriat. Atunci am muşcat-o!" (după L a z a r u s şi F a y, 1990, p. 44).

În urma interviului clinic, terapeutul a ajuns la concluzia că pacienta nu este nici psihotică, nici periculoasă, ci doar că s-a lăsat prinsă în câteva din capcanele interpersonale descrise de F a y (1990), dintre care enumerăm: a critica, a blama, a te autojustifica, a acuza, a ameninţa, a dori să ai totdeauna dreptate, a utiliza un limbaj cu încărcătură emoţională negativă, a da ordine cu prea multă uşurinţă, sfaturi şi îndrumări care nu îţi sunt cerute.

Aşa cum am mai subliniat, clienta era inteligentă şi avea o bună capacitate de învăţare, care a ajutat-o să-şi însuşească, în cele 12 şedinţe de psihoterapie, nişte modalităţi eficiente de a intra în relaţii cu ceilalţi. La sfârşitul terapiei, clienta a mărturisit că a devenit chiar „populară".

Capitolul 2

PSIHOTERAPIILE ANALITICE DE SCURTĂ DURATĂ

Meggle (1990) sublinia faptul că însuşi Freud, întemeietorul psihanalizei, despre care ştim cu toţii că are o durată foarte îndelungată, este şi precursorul terapiilor scurte.

Astfel, în 1906, el l-a vindecat pe dirijorul Bruno Walter de o paralizie a braţului drept în numai şase şedinţe de psihoterapie, iar compozitorul Gustav Mahler a fost vindecat de o tulburare de dinamică sexuală într-o singură şedinţă de psihoterapie care a durat 4.

Cu toate acestea, Freud a constatat faptul că în cazul multor pacienţi, analiza dura mult timp, în unele cazuri aceasta fiind nelimitată.

Preocupat de durata curei psihanalitice, Freud a publicat spre sfârşitul vieţii lucrarea *„Analiza cu final şi analiza fără sfârşit"* (1937). Cu toate acestea, o cură psihanalitică nu poate dura la nesfârşit, problema terapiei rămânând încă nerezolvată în psihanaliza clasică.

Freud (cit. Meggle, 1990) a găsit o oarecare explicaţie a prelungirii excesive a curei psihanalitice chiar în faptul că ajunsese o personalitate recunoscută, care avea succes.

La începutul carierei sale, el trebuia să lupte mai mult pentru a convinge pe ceilalţi în legătură cu validitatea tratamentului psihoterapeutic.

O dată devenit celebru, pacienţii doreau tot mai mult să urmeze terapia şi erau tot mai tentaţi să meargă mai în profunzime în ceea ce priveşte sondarea inconştientului, fapt ce a condus la apariţia analizelor interminabile.

Aflat în acest punct, Freud trebuia să-i convingă pe pacienţi nu să urmeze psihoterapia, ci să încheie cura psihoterapeutică.

La sfârşitul carierei sale, Sigmund Freud mărturiseşte faptul că de mai multe ori a făcut încercarea eroică de a fixa un termen pentru terminarea psihoterapiei. Încercând acest lucru, el nu făcea altceva decât să forţeze rezistenţele pacientului. Deşi nu găsea nici o acoperire teoretică pentru acest demers, Freud a constatat că, în unele cazuri, fixarea unui termen limită conduce la o vindecare cu efecte durabile.

Această constatare a devenit o banalitate pentru terapeuţii specializaţi în demersuri de scurtă durată, care ştiu că fixarea unei limite de timp reprezintă un puternic factor motivator pentru pacient.

În loc să-şi concentreze atenţia asupra găsirii unei explicaţii teoretice care să stea la baza respectivei constatări, Freud s-a preocupat de studiul motivelor care contribuie la prelungirea curei psihanalitice.

Astfel, în loc să-şi pună întrebarea „cum să terminăm o psihoterapie?", el se întreba „de ce nu reuşim să încheiem o cură psihanalitică?" (Meggle, 1990), trecând în revistă obstacolele care stau în faţa îndeplinirii obiectivului terapiei, obstacole pe care le consideră insurmontabile.

Aceste obstacole sunt următoarele (după Meggle, 1990, p. 43):

1. *Destinul.* Freud consideră că însăşi condiţia umană reprezintă un obstacol în calea psihanalizei. Astfel, fiii lui Adam trebuie să muncească din greu, suferă şi mor, iar fiicele Evei nasc în dureri.

Din acest motiv, orice psihoterapie, indiferent cât de valoroasă ar fi, nu poate rezolva toate problemele omenirii.

2. *Conceptele teoretice ale psihanalizei, denumite de Freud prin termenul de „metapsihologie".* Conform interpretării psihanalizei, cura psihoterapeutică nu se poate încheia atunci când anumiţi factori de natură cantitativă se împotrivesc vindecării: forţa pulsiunilor instinctive, violenţa psihotraumelor suferite, puterea mecanismelor de apărare ale ego-ului.

3. *Raportul dintre tendințele instinctive și forța ego-ului.* În cazul în care pacientul are un ego slab, psihanaliza poate eșua. Astfel, există anumite perioade de viață, când tendințele instinctive sunt deosebit de puternice, ca, de pildă, în adolescență, și este nevoie de un ego foarte puternic pentru a le stăpâni.

4. *Violența psihotraumelor.* Acestea pot să fie atât de puternice în plan real încât depășesc posibilitățile oricărei intervenții terapeutice, mai ales dacă subiectul are și un ego slab.

Trebuie subliniat că, până în momentul în care a făcut respectivele afirmații, Freud subestima psihotraumele reale, acordând o atenție deosebită fantasmelor de natură inconștientă.

În același timp, el a fost nevoit să recunoască faptul că psihanaliza dă rezultate mai bune atunci când stresul la care a fost supus subiectul este real și nu imaginar.

Astfel, este mai ușor de tratat o persoană care a fost agresată sexual în copilărie, decât o isterică.

5. *Mecanismele de apărare ale ego-ului.* Ego-ul copilului a învățat să considere revendicările pulsionale ale id-ului (inconștientului) ca reprezentând amenințări împotriva cărora trebuie să se apere construind mecanisme defensive de natură inconștientă.

Dacă sunt prea puternice, aceste mecanisme de apărare modifică chiar structura ego-ului, retrăgându-i disponibilitățile adaptative și făcându-l inaccesibil intervenției terapeutice.

Ego-ul va reacționa la orice posibilitate de schimbare, abordând vindecarea ca pe o nouă amenințare.

Din acest motiv, analistul, după ce l-a ajutat pe pacient să readucă în conștiință conținuturi de natură inconștientă, ar trebui să se ocupe de întărirea ego-ului, pentru a evita punerea în acțiune a mecanismelor defensive care pot bloca psihanaliza. Va urma o nouă abordare a id-ului (inconștientului), și apoi o nouă tentativă de analiză a ego-ului. Acest demers este însă epuizant pentru psihanalist, mecanismele de apărare prea puternice putând avea câștig de cauză.

6. *Existența instinctului morții (thanatos).* În zonele inconștiente nu sălășluiește numai libido-ul, instinct al vieții, ci și forțe distructive, îndreptate în direcția disoluției ființei umane. Acestea sunt denumite de Freud prin termenul de „thanatos" sau instinct al morții.

Freud este de părere că atunci când pacientul opune rezistență la vindecare sau se simte chiar mai rău, este pus în acțiune acest instinct, care a depășit în intensitate instinctul vieții *(Eros).*

7. *Particularitățile personalității analistului.* Un alt factor care contribuie la prelungirea curei psihanalitice îl reprezintă „nevroza psihoterapeutului".

Când rezistențele pacientului interacționează cu cele ale terapeutului, psihoterapia nu mai poate înregistra progrese și, din acest motiv, Freud consideră că este necesară analiza personală a terapeutului.

Trecând în revistă aceste obstacole, Freud consideră că singura soluție a problemei duratei curei terapeutice este una de natură intuitivă, aceasta putând fi rezolvată în plan practic.

Sandor Ferenczi, unul din discipolii lui Freud, a întreprins o serie de cercetări menite să conducă la scurtarea duratei psihoterapiei, subliniind faptul că psihanalistul ar putea fi mai activ în timpul demersului terapeutic. Astfel, a luat naștere „psihanaliza activă", care, conform principiilor freudiene este antipsihanaliză, pentru că nu permite asociațiilor libere să se deruleze spontan, conform dinamicii vieții psihice a pacientului. Mai mult, psihoterapeutul nu-și mai păstrează neutralitatea, ci îl bulversează pe pacient, silindu-l să asocieze cât mai repede și să ajungă la esența problemei.

Ferenczi este de părere că atunci când pacientul nu exprimă acele fantezii pe care terapeutul crede că ar trebui să le exprime, acesta din urmă trebuie să le provoace. De asemenea, autorul consideră că pacienții care vorbesc despre psihotraumele copilăriei, chiar le-au trăit cu adevărat și că nu este vorba doar de exprimarea simbolică a unor dorințe de natură inconștientă. Mai mult, psihotraumele actuale au un rol important în structurarea tulburării nevrotice și, din acest motiv, ele trebuie luate în considerare de către psihanalist.

Alte particularități ale demersului psihoterapeutic al lui Ferenczi constau din stabilirea relativ rapidă a termenului de

încheiere a curei psihanalitice, astfel încât subiectul să știe că are la dispoziție un timp limitat, precum și în acordarea unei afecțiuni reale pacientului, autorul abandonând răceala caracteristică psihanalizei clasice.

Otto Rank este un alt psihanalist disident. Acest autor consideră că traumatismul suferit de copil la naștere are o importanță mai mare în evoluția psihică a adultului, comparativ cu complexul lui Oedip. Autorul subliniază că suferința psihică a adultului este în mare măsură provocată de părăsirea pântecelui matern, angoasa și conflictele trăite de subiect având la bază separarea.

Drept consecință, psihoterapeutul se substituie mamei, ghidează timp de nouă luni pacientul și apoi se separă de acesta, aducând pe lume un nou „copil", mai echilibrat.

În anul 1922, Rank și Ferenczi publică o lucrare comună, denumită *„Dezvoltarea psihanalizei"*, lucrare în care se aduc critici psihanalizei clasice.

Meggle (1990) este de părere că în această lucrare se află germenele viitoarelor psihoterapii de scurtă durată, autorii respectivi adresându-se astfel psihanaliștilor ortodocși: „Reflectați prea mult, nu vă ocupați de pacientul real și înlocuiți demersul terapeutic cu teoria. Important este ca pacientul să trăiască cu adevărat, să realizeze experiențe sub îndrumarea terapeutului și nu să știți, dacă este vorba de un transfer, de o abreacție (descărcarea emoțională) sau de un proces de intelectualizare. Vă folosiți de pacienți pentru a analiza rațiunile care v-au împins să alegeți această meserie, în loc să fiți preocupați de a-i elibera de suferință. Simplificați, scurtați și nu vă mai contemplați propriul ombilic" (p. 37, cit. Meggle, 1990).

O dată desprins de sub influența lui Freud, Rank va reveni la preocupările sale filosofice din tinerețe, reluând lectura operelor lui Nietzsche, Schopenhauer și Darwin.

Psihanaliza elaborată de el va fi centrată în jurul conceptului de voință, psihoterapia reprezentând un proces de confruntare între voința terapeutului și cea a pacientului, succesul curei fiind asigurat atunci când acesta din urmă reușește să-și mobilizeze voința proprie. Voința pacientului trebuie redirecționată, de la aspectele destructive producătoare de nevroză, spre aspectele creatoare și integratoare

ale psihicului său, autorul având încredere în tendințele pozitive ale ego-ului.

Pornind de la ideile lui Rank, toate terapiile analitice de scurtă durată au început să acorde o atenție deosebită motivației pacientului pentru terapie.

Wilhelm Reich, medic sexolog, își începe și el cariera ca psihanalist, dar abandonează rapid metodele freudiene, pe care le consideră prea lungi și lipsite de rezultat.

El subliniază faptul că procesul de conștientizare a conflictelor inconștiente nu conduce în mod automat la vindecare, considerând psihanaliza un demers de lux, potrivit doar pentru oamenii bogați.

Reich era de părere că mizeria socială care conducea la violuri, incesturi sau sinucideri reprezintă o cauză tot atât de importantă a instalării tulburărilor nevrotice, ca și conflictele din mica copilărie.

Freud era de părere că refularea pulsiunilor de natură sexuală este indispensabilă pentru constituirea unei lumi civilizate, dezvoltării științelor, artelor și filosofiei. Tendințele inconștiente, inacceptabile sunt astfel sublimate, energia specifică acestora fiind orientată spre obiective mai nobile.

În dezacord cu Freud, Reich considera că în realitate condițiile de viață îi frustrează pe oamenii săraci de un minimum de satisfacție pulsională. Această frustrație le sărăcește capacitățile sexuale, profesionale și sociale. Autorul este de părere că trăirea plenară a sexualității genitale conduce la fericire și la o veritabilă civilizație, refularea sexuală neavând alt rol decât cel de a proteja societatea capitalistă.

Om de cultură de orientare comunistă, Reich afirmă că sexualitatea reprezintă o problemă politică pe care partidele ar trebui s-o aibă în vedere în cadrul programelor lor.

El este unul din pionierii planificării familiale, al igienei sexuale, a libertății avortului și metodelor contraceptive.

Aceste idei îl fac să fie ostracizat de către psihanaliști.

Preocupat de durata psihoterapiei, Reich se interesează de sexualitatea reală a pacienților săi, precum și de tensiunile musculare din diverse zone ale corpului, ajungând la concluzia că există o interrelație între localizarea tensiunilor musculare și tipul de

tulburare psihică, trupul reprezentând oglinda conflictelor psihice ale subiectului. Astfel, zona în care se observă încordarea musculară ne dă indicații în legătură cu natura refulării (încordarea din zona bazinului ne dă indicații în legătură cu existența unei refulări a sexualității genitale). Mai târziu, R e i c h a pus la punct un sistem de exerciții fizice care vor fi ulterior preluate și dezvoltate de adepții tehnicilor bioenergetice.

Autorul, influențat se pare de unele teorii cu caracter ezoteric, considera contracțiile și relaxările diferitelor grupe musculare ca fiind expresia unei energii cosmice, pe care o denumea „orgon" și care penetrează organismul, îl conectează la sol și se răspândește în univers. Unitatea de bază a acestei energii este denumită de R e i c h „bion".

Libera circulație a energiilor în organism înseamnă sănătate, în timp ce blocarea acestora, datorită supraîncordărilor musculare conduce la nevroză.

Tehnica psihoterapeutică utilizată de el constă din relaxarea zonelor musculare care blochează libera circulație a energiilor din interiorul corpului uman.

În anul 1946, doi autori americani, A l e x a n d e r și F r e n c h, publică o lucrare consacrată terapiei analitice de scurtă durată: *„Terapia psihanalitică: principii și aplicații"*, lucrare în cadrul căreia se regăsesc criticile majore aduse psihanalizei clasice: prea multe interpretări intelectualiste și insuficientă atenție acordată pacientului real.

Mai mult, autorii sunt de părere că durata curei psihanalitice nu corelează nici cu profunzimea, nici cu eficiența acesteia. Terapeutul poate acționa în profunzimea psihismului pacientului, ceea ce contează, fiind intensitatea încărcăturii emoționale a ședințelor de psihoterapie. Atunci când pacientul retrăiește intens o scenă din copilărie în timpul ședinței de psihoterapie, el va primi un răspuns din partea terapeutului care nu este părintele său, ci o persoană egală. Din acest motiv, pacientul se va confrunta cu o altă reacție decât aceea cu care s-a confruntat în copilărie și pe baza căreia s-au structurat anumite elemente ale personalității sale.

A l e x a n d e r nu neagă faptul că pacientul transferă asupra terapeutului anumite sentimente destinate de fapt unor figuri parentale. Acest transfer servește la crearea unei interrelații dintre pacient și terapeut, interrelație care creează o ambianță propice pentru retrăirea unor experiențe trecute, pacientul remarcând că nu se află în fața tatălui. În felul acesta, pacientul își poate corecta atitudinile rigide și anacronice, ego-ul său devenind mai suplu.

Abordată în acest mod, terapia devine o experiență emoțională cu caracter corectiv și nu atât o tehnică de sondare a inconștientului pentru dezgroparea unor tendințe refulate.

Astfel, A l e x a n d e r va acorda mai multă atenție interacțiunii terapeut – pacient, în detrimentul analizei propriu-zise.

Terapeutul centrat pe această orientare adoptă o atitudine mai activă. El este o persoană concretă, care intervine în discuție, încurajează sau se opune pacientului, utilizând, după caz, psihanaliza clasică sau abordările directe.

A l e x a n d e r insista, de asemenea, asupra abordării nevoilor reale ale subiectului, iar dacă relația transferențială nu era satisfăcătoare pentru demersul terapeutic, autorul sugera pacientului să trăiască noi experiențe de viață: să divorțeze, să schimbe serviciul, locuința etc.

Iată ce aduce nou terapia propusă de A l e x a n d e r M e g g l e, 1990, p. 46:

- interacțiunea reală și comunicarea dintre terapeut și pacient;
- luarea în considerație a mediului real de viață în care se mișcă pacientul;
- elaborarea unui plan tactic după care să se conducă terapia.

MODELUL PSIHOTERAPEUTIC AL LUI PETER SIFNEOS (1972; 1987)

Profesor de psihiatrie la Universitatea Harvard, S i f n e o s a beneficiat de cuceririle nozografiei psihiatrice moderne, bazându-se pe noțiunile specifice Manualului Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani (D.S.M. III), precum și pe cuceririle farmacoterapiei.

Conceptul central al sistemului său psihoterapeutic este cel de „criză emoţională".

Autorul consideră că noi toţi traversăm pe parcursul vieţii noastre o serie de crize emoţionale pe care le rezolvăm. Un număr limitat de persoane au nevoie de un psihoterapeut pentru a-i ajuta să depăşească aceste crize.

Fiecare individ reacţionează în mod diferit la aceleaşi evenimente de viaţă, având o structură psihică şi o istorie personală diferite.

O criză psihologică se constituie după modelul unei reacţii chimice, pentru formarea ei fiind necesare mai multe substanţe în proporţii diferite, catalizatori.

Există situaţii stresante evidente pentru toată lumea, cum ar fi războaiele, catastrofele naturale sau accidentale, în timp ce altele trec neobservate, putând părea chiar benefice, ca de pildă, o promovare în plan profesional, care îl face pe subiectul în cauză să se simtă depăşit de evenimente.

Persoana în cauză va trăi o stare de furie, depresie sau anxietate. Aceste stări afective negative se intensifică, semnalând individului faptul că ceva nu este în regulă cu el. Astfel, subiectul intră în ceea ce autorul numeşte criză emoţională. Acesta fie va depăşi criza, reacţionând de o manieră adaptativă şi devenind mai matur, fie, dimpotrivă, nu reuşeşte şi recurge la un model de comportament dezadaptativ, când simptomele se agravează, oferindu-i o soluţie provizorie la problema sa. Dacă nici aşa criza nu este rezolvată, simptomele se vor fixa, conducând la cristalizarea unei nevroze structurale.

S i f n e o s (1972) este de părere că acest concept de criză emoţională explică întreaga psihopatologie. Intervenţiile psihoterapeutice de scurtă durată realizate în plină criză emoţională previn structurarea nevrozei, dacă pacientul va solicita sprijin în momentul respectiv.

Solicitarea sprijinului este determinată fie de factori precipitatori accidentali (sfatul unui prieten, o tentativă de suicid), dar, mai frecvent, de prezenţa anxietăţii puternice de care pacientul doreşte să se elibereze.

Autorul consideră că anxietatea puternică reprezintă, în acelaşi timp, o motivaţie puternică de a ieşi din criză.

S i f n e o s consideră că prognosticul este mai favorabil atunci când pacientul prezintă o varietate de simptome (când depresie, când anxietate, când irascibilitate), decât atunci când un subiect se cramponează în mod rigid de o singură modalitate dezadaptativă de a face faţă stresului. Pacientul care îşi „alege" mai multe tipuri de simptome manifestă un comportament mai creativ şi, aşa cum a găsit soluţii dezadaptative la problemele sale, el va fi capabil să descopere şi unele cu caracter adaptativ.

De asemenea, prognosticul va fi mai bun în cazul în care subiectul găseşte resursele adaptative în el însuşi şi nu în împrejurări exterioare.

Autorul utilizează şi conceptele psihologiei cognitive de „dependenţă de câmp" şi „focalizare internă sau externă".

Unii dintre pacienţi sunt mai fragili psihic comparativ cu alţii, datorită unor cauze de natură biologică, genetică sau datorită unei dezvoltări afective perturbate de un mediu neprielnic. Pentru aceşti subiecţi, pe care cel mai mic stres îi dezorganizează, este indicată o tehnică bazată pe asigurare psihologică şi suport afectiv.

Încurajându-i, terapeutul va încerca să-i ajute să descopere cauzele psihologice care stau la baza simptomelor lor, dacă ei sunt capabili să înţeleagă natura psihică a problemelor lor, doresc să colaboreze cu terapeutul şi păstrează un minimum de adaptare socială.

În cazul acestor pacienţi se aplică psihoterapia anxiolitică de scurtă durată, care durează de la două luni până la un an.

Există însă şi pacienţi care nu îndeplinesc nici măcar condiţiile menţionate şi care sunt prea perturbaţi, izolaţi, dezadaptaţi, incapabili să înţeleagă sensul unei psihoterapii. În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să se mulţumească doar cu acordarea unui sprijin pentru depăşirea situaţiei de criză, sprijin care va dura între una şi două luni.

Alţi pacienţi au nevoie să fie susţinuţi pe parcursul întregii lor vieţi sau măcar pe perioade lungi de timp şi care au nevoie de

psihoterapie anxiolitică pe termen lung, situaţie în care este necesară spitalizarea şi administrarea unui tratament psihiatric.

Terapeutul asigură în permanenţă pe pacient, furnizându-i acestuia sfaturi, luând deciziile în locul lui, evidenţiind obiectivele terapiei, precum şi modalităţile concrete de atingere a acestora.

În acelaşi timp, terapeutul examinează împreună cu pacientul desfăşurarea crizei emoţionale a acestuia, adresând întrebări de genul următor:

„Este acest eveniment previzibil?"

„Care sunt sentimentele pe care le-a declanşat în dvs?"

Apoi, pacientul este pregătit pentru a înfrunta viitorul, primind instrucţiuni de genul următor:

„Am analizat împreună ce ar fi trebuit să faceţi în situaţia care a trecut. Inevitabil vă veţi mai întâlni în viitor cu alte situaţii neprevăzute la care veţi aplica cele învăţate împreună în cursul terapiei. Imaginaţi-vă acum o situaţie neprevăzută şi căutaţi să vă vizualizaţi, acţionând într-o manieră adaptativă".

Terapia scurtă prin provocarea anxietăţii (S i f n e o s, 1972). Există şi alte categorii de pacienţi care, deşi pe moment sunt blocaţi de acţiunea stresului, dau dovadă de o mai mare forţă a ego-ului. Aceştia fac de obicei faţă situaţiilor neprevăzute ale existenţei. Acuzele lor sunt specifice, la fel ca şi problemele lor emoţionale. Anxietatea lor este puternică, dar nu-i dezorganizează total.

În aceste situaţii, terapeutul poate să-şi propună obiective mai ambiţioase şi să se folosească de energia produsă de anxietate pentru a-i ajuta pe aceşti pacienţi să-şi depăşească criza emoţională. Acest lucru se realizează prin intermediul „terapiei scurte cu provocare de anxietate", care durează de la două la douăsprezece luni (în medie între 3 şi 5 luni).

Autorul a pus la punct şi o variantă ultraprescurtată denumită „intervenţie de criză" şi care durează două luni.

În cadrul acestui demers psihoterapeutic, terapeutul va ataca frontal reacţiile dezadaptative ale clientului, reacţii care stau la baza formării simptomelor, precum şi „soluţiile" rigide adoptate de acesta în trecut pentru a-şi rezolva problemele. Această abordare directă are un caracter anxiogen.

Ulterior, terapeutul se va comporta ca un pedagog, explicându-i pacientului de ce măsurile pe care le-a luat anterior, pentru a depăşi criza, au dat un rezultat contrar. În continuare, pacientul este învăţat să anticipeze situaţiile viitoare care ar putea genera dificultăţi similare cu cele care au acţionat în situaţia prezentă.

S i f n e o s (cit. M e g g l e, 1990, p. 49) a elaborat de fapt două modele psihoterapeutice, unul anxiolitic, iar celălalt anxiogen, ambele putând avea o durată lungă, scurtă sau foarte scurtă.

Trebuie subliniat faptul că provocarea sau calmarea anxietăţii reprezintă două demersuri opuse, care se adresează unor categorii diferite de populaţie. Astfel, dacă terapeutul, supraestimând forţa ego-ului clientului său, îl abordează frontal, acesta va suferi o cădere psihică. În acelaşi timp, dacă acesta va subestima forţa pacientului şi îl susţine afectiv, acesta se va refugia în starea patologică datorită prezenţei beneficiului secundar de a fi protejat de către psihoterapeut.

Din acest motiv, autorul propune o selecţie foarte riguroasă a pacienţilor care pot suporta psihoterapia provocatoare de anxietate. Cei care nu întrunesc aceste criterii vor beneficia de psihoterapia anxiolitică.

Criteriile de selecţie implică nivelul inteligenţei, abilităţile sociale, precum şi capacitatea pacientului de a percepe fenomenele psihologice. Acesta trebuie să fie capabil să enunţe un simptom central, care să reprezinte un fel de axă pe care se va construi demersul terapeutic de scurtă durată. Mai mult, acesta va trebui să fie puternic motivat de a-şi depăşi situaţia de criză printr-un efort personal de autoexplorare şi comprehensiune a propriilor sale probleme.

O dată selecţionat, pacientul va fi supus unui demers psihopedagogic, în cadrul căruia acestuia i se explică faptul că în spatele problemei sau simptomului său principal se ascund conflicte emoţionale mai vechi, pe care trebuie să le conştientizeze, pentru a deveni mai obiectiv în raport cu propria persoană. Se alcătuieşte apoi în detaliu istoria vieţii pacientului, istorie care este tradusă în conceptele psihopatologiei freudiene.

În urma confruntării dintre simptomul dominant, istoria vieții subiectului și teoria psihanalitică, se naște în mintea terapeutului o ipoteză cu privire la natura posibilă a conflictului inconștient al pacientului.

O dată stabilită ipoteza psihodinamică, este momentul să înceapă terapia. La începutul tratamentului, pacientul este entuziasmat de definirea problemei, definire la care participă activ, îl apreciază foarte mult pe psihoterapeut, pe care îl consideră inteligent și își pune mari speranțe în psihoterapie. Psihoterapeutul va exploata imediat aceste sentimente.

Devenind sigur de faptul că pacientul este bine ancorat în procesul psihoterapeutic și bine fixat asupra terapeutului, acesta din urmă îl va ataca frontal, punând o serie de întrebări care se adresează direct procesului conflictual. În cazul în care psihoterapeutul a nimerit ținta, pacientul devine din ce în ce mai anxios. În caz contrar, terapeutul va repeta demersul până când anxietatea pacientului va crește, elementele conflictuale vor fi agitate, până când acestea vor pătrunde în conștiința subiectului. Apoi, terapeutul îl va confrunta pe pacient cu reacțiile sale emoționale, subliniind caracterul lor irațional și repetitiv, precum și relația dintre aceste trăiri afective și interacțiunile cu figurile parentale din copilărie.

Astfel, la subiect se va produce „insight"-ul, care implică o iluminare, atât în plan intelectual, cât și în plan afectiv, subiectul ajungând la convingerea clară și profundă că a înțeles natura tulburării sale. Rezolvarea problemei provoacă puternice sentimente de satisfacție și de eliberare emoțională.

În finalul terapiei, psihoterapeutul va fi tentat de a sonda, în continuare, profunzimile inconștientului subiectului, dar va rezista acestei tentații, deoarece este vorba de un demers de scurtă durată, cu obiective limitate. În același timp, el va ajuta pacientul să verbalizeze sentimentele pe care le încearcă (sentimente pozitive amestecate cu sentimente de abandon), explicându-i acestuia că ceea ce a învățat în timpul psihoterapiei îi va servi pentru a deveni propriul său psihoterapeut în cursul altor încercări ale vieții, pentru că în acest moment el știe cum să rezolve o criză emoțională.

Meggle (1990) face câteva observații cu privire la modelul terapeutic propus de Sifneos:

Este evident faptul că selecția pacienților nu este inutilă, pacienții trebuind să dea dovadă de o anumită forță a ego-ului și să nu aibă tulburări de personalitate. În același timp, terapeutul trebuie să conștientizeze în cursul analizei personale tendințele sale sadice, pentru că, altfel, demersul psihoterapeutic se va transforma într-o luptă.

Sifneos (1972) insistă asupra aspectului educativ al terapiei propuse de el. Aceasta se desfășoară sub forma unui dialog „socratic", în cadrul căruia pacientul se autodezvăluie treptat. Modelul psihopedagogic va avea tendința de a înlocui tot mai mult modelul medical, în majoritatea demersurilor psihoterapeutice de scurtă durată.

„Insight"-ul (iluminarea) la care trebuie să ajungă pacientul nu are doar un caracter eminamente intelectual, ci și emoțional. Subiectul s-a eliberat de conflicte pentru că a înțeles cauzele acestora și pentru că trăiește sentimentul că această înțelegere are un caracter real.

Încheierea terapiei, propunând pacientului să devină propriul său psihoterapeut, este specifică terapiilor de scurtă durată. Astfel, de pildă, un hipnoterapeut va putea termina terapia propunând pacienților să practice auto-hipnoza.

Ajutându-i pe pacienți să depășească o criză existențială, psihoterapia propusă de Sifneos va avea, prin contaminare, efecte benefice și în alte sfere ale vieții și activității acestora.

Examinând rezultatele sistemului său psihoterapeutic, Sifneos subliniază faptul că acesta are efecte moderate asupra simptomelor, dar produce modificări psihodinamice de mai mare profunzime. Autorul subliniază că unii pacienți, după ce au încheiat terapia, nu „doresc" să abandoneze în totalitate simptomele lor, pe care le consideră ca pe o soluție de viață, preferând să le țină cumva în rezervă.

Mulți pacienți, la care demersul psihoterapeutic a reușit, afirmă faptul că au senzația că s-au născut a doua oară. Acest lucru nu înseamnă altceva decât că a fost creat cadrul propice, în care clientul

își poate mobiliza mai ușor disponibilitățile creative latente ale inconștientului, așa cum subliniau, mai târziu, psihoterapeuții de orientare ericksoniană.

ALTE SISTEME PSIHOTERAPEUTICE ANALITICE DE SCURTĂ DURATĂ

Toate acestea au în comun o abordare psihodinamică a bolii psihice. Astfel, terapeutul va căuta în spatele simptomelor pacientului un conflict de natură inconștientă asupra căruia să focalizeze demersul psihoterapeutic. Terapeutul își stabilește ipoteza utilizând o grilă conceptuală psihanalitică și, aceasta o dată stabilită, el va construi planul de desfășurare al demersului terapeutic.

Tipurile de conflicte asupra cărora se centrează terapia diferă de la autor la autor.

Astfel, Kurt Lewin interpretează totul prin prisma conceptelor de culpabilitate și masochism, Mann prin intermediul conflictelor de separare = individuare, iar Davanloo se centrează doar asupra complexului Oedip. Există însă și autori care își impun mai puține limite, abordând conflicte diverse.

Durata psihoterapiei variază și ea, unii terapeuți fixând dinainte un termen limită, iar alții stabilindu-l pe parcurs. De pildă, Mann consideră că sunt necesare 12 ședințe de psihoterapie, iar Davanloo, 20.

În același timp, psihanaliștii de orientare mai progresistă sunt mai activi și intervin mai mult în cadrul interacțiunii cu pacientul, renunțând la regula „de fier" a neutralității și a asociațiilor libere. Pacientul nu mai este liber să vorbească despre tot ce-i trece prin cap, fără control, ci este readus de către terapeut la problema centrală, îndată ce tinde să divagheze.

Poziția clasică în care pacientul este întins pe canapea și terapeutul se află în spatele lui tinde tot mai mult să fie înlocuită, în cadrul terapiilor analitice scurte, cu poziția față în față, care favorizează interacțiunea activă dintre pacient și terapeut.

Capitolul 3

PSIHOTERAPIILE COMPORTAMENTALE ȘI COGNITIVE

Abordarea comportamentalistă în psihoterapie începe o dată cu Watson (1925), care a provocat, pentru prima oară în mod deliberat o reacție de teamă la un copil de câteva luni în prezența unui șobolan alb, asociind prezentarea animalului cu un zgomot puternic. La puțin timp, copilul a început să se teamă de alte animale cu blană și chiar de obiecte din pluș.

Câțiva ani mai târziu, Mary Cover Jones, o elevă a lui Watson, a reușit, dimpotrivă, să vindece un copil de 2 ani și jumătate de o fobie de animale mici, prin exemplul personal și prin apropierea gradată de copil a unui iepure alb până când acesta a reușit să-l atingă și să se joace cu el. Acesta este, de fapt, principiul decondiționării, specific psihoterapiei comportamentale.

Pornind de la aceste date, psihologii comportamentaliști susțin afirmația că anxietatea nu are la bază conflicte inconștiente, ascunse, ci reprezintă doar o teamă condiționată. Nevroza devine în concepția acestor autori o modalitate de reacție învățată.

După numeroase studii experimentale ale multor cercetători, studii realizate pe animale, apare în 1952 și o lucrare de psihoterapie comportamentală, aparținând lui Eysenck, lucrare în care acesta susține că prin metoda respectivă se pot vindeca, în aproximativ doi ani, două din trei nevroze.

Astfel, pentru a-și dovedi superioritatea, psihanaliza ar fi trebuit să raporteze un procent de vindecare de peste 60%, ceea ce era imposibil. Legea întăririi negative este utilizată de terapeuții comportamentaliști pentru a explica instalarea nevrozelor la om. Astfel, de pildă, o persoană agorafobică începe să perceapă strada

ca fiind un loc periculos. Persoana respectivă „învață" să rămână acasă, pentru a scăpa de disconfortul pe care îl resimte când se află pe stradă. Pentru a vindeca o astfel de persoană, trebuie să acționăm în direcția blocării posibilității ei de a se refugia în casă și s-o confruntăm progresiv cu stimulii anxiogeni (strada), până când reacția anxioasă se stinge. Comportamentaliștii utilizează în terapie și principiul întăririlor pozitive.

Astfel, de pildă, în cazul pacienților schizofreni, terapeutul va alcătui o listă de comportamente dezirabile: să se plimbe de două ori pe zi, să păstreze igiena personală, să facă ordine în cameră etc. Pentru fiecare astfel de comportament pozitiv, pacientul va primi un jeton care poate fi schimbat pe un obiect dorit de acesta: dulciuri, produse cosmetice, îmbrăcăminte etc. I se poate oferi pacientului contra jetonului și un alt tip de recompensă, cum ar fi o plimbare în afara spitalului.

TEHNICILE PSIHOTERAPIEI COMPORTAMENTALE (după Meggle, 1990)

Tehnica expunerii

Ideea de bază a acestui sistem terapeutic constă în a confrunta pe pacient cu obiectul anxietății sale, până la dispariția stării afective negative. Există mai multe variante ale acestei tehnici.

a) *Tehnica desensibilizării sistematice a lui Wolpe* (1950). Pacientul este instruit de terapeut să elaboreze o ierarhie care să cuprindă între 10 și 20 de situații care îi produc anxietate. Acestea sunt evaluate de el pe o scală de la 0 (relaxare totală) la 100 (panică extremă) și sunt aranjate în ordine crescătoare, în funcție de anxietatea pe care o declanșează. În cazul în care pacientul suferă de mai multe fobii, se vor construi ierarhii de situații anxiogene pentru fiecare dintre acestea. Ulterior, în trei până la cinci ședințe, pacientul va învăța o tehnică de relaxare, după metoda lui J a c o b s o n.

Experiența noastră clinică demonstrează faptul că se obțin rezultate net superioare prin utilizarea primelor exerciții de relaxare din cadrul antrenamentului autogen al lui S c h u l t z. O dată familiarizat cu relaxarea, pacientul va începe să practice desensibilizarea sistematică.

Aflat în stare de relaxare, pacientul va începe prin a-și imagina o scenă plăcută, la care se va putea întoarce ori de câte ori va dori. Apoi, terapeutul îi va cere să-și imagineze prima situație anxiogenă (cea mai ușoară). Dacă pacientul devine anxios, procedeul imaginativ se va întrerupe și se va relua relaxarea. Situația anxiogenă trebuie repetată în plan imaginar până când nu mai declanșează nici un fel de anxietate, după care se trece la următoarea situație din cadrul ierarhiei. O ședință de psihoterapie durează în jur de 20 de minute.

Desensibilizarea poate fi realizată și în plan real, subiectul fiind ghidat progresiv să se apropie tot mai mult de stimuli care îi produc teamă.

Astfel, unui copil cu fobie de câini i se pot prezenta poze cu câini, animale de pluș, alte animale mici cu blană, cățel blânzi și treptat animale tot mai mari. Fiecare prezentare este urmată de o întărire pozitivă (bomboane, jucării).

Din nefericire, desensibilizarea în plan real nu se poate utiliza în toate situațiile ca, de pildă, în cazul fobiei de zbor cu avionul; ea este costisitoare sub aspect financiar și al timpului, iar specialiștii consideră că pentru unii subiecți, ea poate fi excesiv de anxiogenă.

b) *Tehnica imersiunii* (flooding) implică confruntarea directă și brutală a pacientului cu situația anxiogenă, fără ca acesta să aibă posibilitatea să iasă din aceasta.

M e g g l e (1990, p. 59) relatează faptul că a avut un pacient cu fobie de locuri înalte: etaje superioare, poduri, pasarele, balcoane etc., acesta suferind și de ejaculare precoce. Ca mulți alți fobici, pacientul consuma o mare cantitate de alcool pentru a face față anxietății sale. Tulburările acestuia durau de mai bine de cincisprezece ani și aveau efecte negative asupra vieții profesionale și de familie. În urma unei spitalizări, pacientul a renunțat la alcool, iar fobiile și ejacularea precoce au dispărut pentru câteva luni, după care au revenit.

În această situație, terapeutul a fost nevoit să rezolve problema foarte repede pentru că altfel pacientul risca să se apuce din nou de băutură. Acesta a abordat mai întâi problema sexuală în maniera

următoare: el i-a explicat pacientului că soţia sa nu realizează cât de dificil este un act sexual pentru un bărbat care trebuie să facă o serie de mişcări epuizante într-o poziţie încordată, după care se simte „golit" total. Ar fi mai bine s-o lase pe soţie deasupra, să „muncească" şi ea, pentru a vedea cum este, iar el să stea ca un leneş cu mâinile sub cap. Pacientul nu a putut nega faptul că actul sexual reprezintă o dificultate pentru un bărbat, pentru că el suferea de ejaculare precoce. Terapeutul a profitat de această acceptare şi a reetichetat problema: actul sexual nu mai este o performanţă, ci o corvoadă obositoare, cum ar fi tăiatul lemnelor. În acelaşi timp, este introdusă o satisfacţie nouă, cea a răzbunării nevinovate, care face să dispară anxietatea legată de performanţă şi ejacularea precoce.

Apoi a fost abordată problema fobiei de locuri înalte. Astfel, el i-a cerut pacientului să se urce pe un dig foarte înalt din port şi să rămână acolo timp de 45 de minute, după care să-i telefoneze psihoterapeutului. Pacientul a relatat faptul că primele 10 minute au fost îngrozitoare, mai ales datorită faptului că oamenii se întrebau ce face individul acela care stă înţepenit pe dig. Treptat, musculatura pacientului s-a relaxat şi senzaţia de ameţeală a dispărut. Pacientului i-a făcut chiar plăcere să respire aerul mării şi să privească vapoarele în larg. Întorcându-se acasă, pacientul a fost prins într-un blocaj de trafic pe un pod. Fericit fiind de faptul că a trecut cu bine proba, în momentul în care a simţit că i se declanşează criza, a început să râdă şi şi-a spus: „iar încep să-mi fac singur figuri!". Începând din acel moment, fobia s-a vindecat.

Meggle (1990) subliniază faptul că, pentru a fi eficientă, imersiunea (cufundarea) în situaţia generatoare de anxietate trebuie să fie suficient de lungă. În acelaşi timp, bazându-se pe experienţa clinică, autorul subliniază că în cazul unor fobii multiple, efectul terapeutic are frecvent tendinţa de a se generaliza.

c) *Tehnica imploziei.* Metoda imersiunii poate avea loc „in vivo" (în plan real) sau în imaginaţie (Marks, 1990). Aceasta din urmă poartă numele de „implozie".

Terapeutul va descrie pacientului situaţia anxiogenă şi îi cere acestuia să şi-o reprezinte mental. Reacţia anxioasă apare, creşte,

se stabilizează şi apoi descreşte. Şi în acest caz, expunerea în plan imaginar trebuie să dureze un timp mai îndelungat, de la 45 minute până la trei ore (Meggle, 1990).

De fiecare dată când se lucrează cu această tehnică, se pune problema transferării rezultatelor în planul vieţii reale, pentru că de multe ori acest transfer nu se produce. Meggle (1990) este de părere că pentru a depăşi această dificultate este necesară fie utilizarea ambelor metode, fie aplicarea hipnozei.

d) *Efectele expunerii* pot fi facilitate dacă se demonstrează, prin exemplul personal, confruntarea cu stimulul anxiogen. Aceasta reprezintă metoda modelării. Modelul poate fi oferit de către terapeut, o persoană apropiată pacientului sau de un subiect filmat, care arată modul în care s-a eliberat de fobia sa.

e) *Antrenamentul asertiv.* Termenul de asertivitate a fost introdus în psihoterapia americană în jurul anilor '70, de către Wolpe şi Lazarus (cit. Meggle, 1990, p. 63) şi se referă la acel comportament prin care subiectul îşi susţine punctul de vedere personal, de regulă diferit de cel al interlocutorului, cu curaj şi fermitate, dar fără agresivitate. Persoanele insuficient de asertive nu se simt în largul lor în situaţii sociale obişnuite. Lor le este jenă să se târguiască în piaţă, nu au curajul să spună vânzătorului că le-a dat greşit restul, nu luptă pentru drepturile lor, nu pot spune „nu" când li se cere ceva şi se simt prost, atunci când trebuie să facă o observaţie unui subaltern.

În cazul acestor pacienţi, terapeutul va alege un număr de situaţii sociale la care pacientul are dificultăţi şi le va ierarhiza în funcţie de anxietatea pe care o produc, ca şi în cazul desensibilizării sistematice. Antrenamentul propriu-zis se realizează sub forma jocului de rol şi are drept scop a-l învăţa pe pacient să reacţioneze adecvat în funcţie de situaţie, fără vreun efort sau emoţie exagerată.

La începutul terapiei, pacientul va juca propriul său rol, în timp ce terapeutul îl va juca pe cel al interlocutorului (de pildă, pe cel al şefului ierarhic). După jucarea scenei, terapeutul şi grupul apreciază comportamentul subiectului, insistând asupra aspectelor pozitive ale acestuia. Deficienţele sunt subliniate într-un mod raţional şi non-punitiv. Într-o etapă ulterioară se inversează rolurile:

pacientul va juca rolul şefului, iar terapeutul pe cel al pacientului. În felul acesta subiectul, care prezintă probleme, se va identifica cu stările emoţionale ale personajului de care se teme, ceea ce va reprezenta pentru el o noutate. În acelaşi timp, jucându-i rolul, terapeutul îi va oferi pacientului un nou model de comportament. Apoi, pacientul îşi va relua rolul şi scena se va juca din nou, inversările de roluri făcându-se ori de câte ori se simte nevoia, punându-se în evidenţă progresele obţinute.

Pentru a verifica cele învăţate, terapeutul va trasa pacientului o sarcină în plan real, pe care s-o execute după încheierea şedinţei de psihoterapie. În şedinţa următoare se discută modul în care a fost îndeplinită sarcina. Dacă ea a fost îndeplinită doar parţial sau nu a fost realizată deloc, se revine la jocurile de rol. În cazul în care sarcina a fost bine îndeplinită, se trece la situaţia următoare din cadrul ierarhiei stabilite iniţial.

În cadrul antrenamentului asertiv, începe să se manifeste influenţa psihoterapiei umaniste asupra celei comportamentale. Astfel, terapeutul va acorda o atenţie deosebită comportamentului non-verbal al pacientului, pentru a evidenţia progresele terapiei. Astfel, vocea tremurătoare, ezitantă va deveni fermă şi sigură; poziţia va deveni relaxată; figura crispată se va destinde, iar subiectul va ajunge să-şi privească interlocutorul în ochi. Toate aceste aspecte vor fi notate şi evaluate de către terapeut. Mai mult, unii specialişti în terapie asertivă s-au inspirat din *Gestalt-terapie* şi i-au încurajat pe clienţii lor să se bată cu perne, să-i atingă pe ceilalţi şi să se lase atinşi sau să exerseze contactul vizual cu interlocutorul.

Jocurile de rol pot fi extinse în mod nelimitat, în funcţie de creativitatea psihoterapeutului, modelând aspecte tot mai diverse ale realităţii sociale.

M e g g l e (1990) consideră că acest gen de terapie se deosebeşte de orientările terapeutice umaniste doar prin faptul că se utilizează evaluările şi autoevaluările cuantificabile ale comportamentului pacientului. Întregul demers psihoterapeutic durează până la 20 de şedinţe şi se adresează subiecţilor care suferă de timiditate, dar şi şomerilor în căutare de locuri de muncă, oamenilor de afaceri sau oamenilor politici, dornici de afirmare.

TERAPIILE COGNITIVE

Psihologia cognitivă se ocupă de modalităţile de procesare internă a informaţiei şi îşi are sursele de inspiraţie în modelele oferite de inteligenţa artificială, focalizându-se asupra a ceea ce se petrece în creierul subiectului, între stimulul exterior şi reacţia comportamentală de răspuns.

Principiul de bază al acestei abordări terapeutice constă în faptul că informaţia externă este filtrată prin prisma schemelor cognitive de natură inconştientă ale subiectului. Aceste scheme structurează concepţia despre lume a individului, acceptă anumite informaţii, le refuză sau le deformează pe altele. Schemele cognitive nu sunt altceva decât sistemele de credinţe şi atitudini care formează stilul personal de evaluare a realităţii specifice subiectului.

Acest sistem de atitudini şi credinţe a fost dezvoltat în copilărie în funcţie de interacţiunile cu figurile parentale şi de psihotraumele suferite. Astfel, de pildă, un copil ai cărui părinţi l-au abandonat îşi poate forma o schemă cognitivă de genul următor:

„Dacă am fost abandonat înseamnă că sunt lipsit de valoare şi eu sunt vinovat de faptul că ceilalţi mă părăsesc" (M e g g l e, 1990, p. 68). Schema cognitivă rămâne în stare latentă, dar, de fiecare dată, când adultul se va simţi singur sau va trăi o situaţie de despărţire, el se va simţi trist şi vinovat fără să înţeleagă de ce. În acest caz, evenimentul actual va reactiva vechea schemă cognitivă inconştientă, care va declanşa sentimentele de tristeţe şi vinovăţie.

Problema terapeutului constă în a avea acces la schemele cognitive pentru a le modifica şi aceasta nu se poate realiza decât studiind manifestările lor conştiente (M e g g l e, 1990):

1. Procesele cognitive (operaţiile logice) pe care le foloseşte pacientul pentru a deveni deprimat sau anxios, pentru a plasa o situaţie oarecare în tiparele schemei sale cognitive.

2. Evenimentele cognitive care nu sunt altceva decât gândurile şi imaginile automate care îi vin în minte subiectului atunci când se simte deprimat sau anxios şi care sunt rezultatul interacţiunii „schema" – proces cognitiv şi stau la baza tulburărilor emoţionale şi de comportament.

În cazul tulburărilor psihopatologice, schemele cognitive au o forță de acțiune foarte puternică și pun în acțiune un fel de logică propric subiectului, logică aflată la baza unor distorsionări cognitive.

Astfel, de pildă, depresivul nu va reține dintr-o situație decât acele elemente care vin să-i confirme faptul că este lipsit de valoare, ignorând toate aspectele pozitive, iar anxiosul nu va reține din realitate decât acele informații care sugerează pericole.

Acest fenomen poartă numele de abstragere selectivă.

Alte mecanisme specifice logicii patologice care produc distorsionări cognitive sunt:

- Inferența arbitrară care constă în a trage o concluzie fără ca raționamentul să dispună de un termen mediu din care să decurgă, sau a trage concluzii împotriva oricărei evidențe;
- Suprageneralizarea implică extinderea abuzivă a unei experiențe nefericite, accidentale asupra altor situații care nu au legătură cu experiența respectivă;
- Amplificarea sau diminuarea semnificației unor evenimente (astfel, de pildă, o persoană depresivă va avea tendința să-și amplifice eșecurile și să minimalizeze succesele);
- Personalizarea se referă la faptul că subiectul își asumă responsabilitatea unor evenimente exterioare care nu au nici o legătură cu persoana sa (se simte vinovat de nenorocirile care se petrec pe lume);
- Tipul de gândire dihotomic, care îl face pe subiect să evalueze lucrurile în termenii de alb-negru. Astfel, paranoicul pare să-și spună: „eu sunt cel mai competent, iar ceilalți sunt toți niște incompetenți", iar depresivul va gândi: „eu sunt cel mai incompetent și toți ceilalți sunt competenți".

Gândurile și imaginile automate se declanșează foarte rapid și se manifestă undeva la marginea câmpului conștiinței și, din acest motiv, pacientul trebuie să facă eforturi speciale pentru a le identifica înainte ca ele să producă starea afectivă negativă, perturbarea în sfera comportamentală și apoi să dispară. Terapeutul îl va ghida pe pacient să-și concentreze atenția asupra acestora și să le autoevalueze.

Meggle (1990, p. 70) relatează cazul unei paciente care suferea de dispareunie (durere în timpul actului sexual). Aceasta manifesta dispoziție depresivă de aproximativ un an și punea la îndoială calitățile sale de soție. Pacienta fusese victima unui viol la vârsta de 7 ani, dar ea nu reușea să identifice legătura cauzală dintre trauma suferită și tulburările sexuale actuale pentru că vaginismul și depresia au survenit după mulți ani de căsnicie fericită, pacienta având și doi copii.

Tulburarea sexuală se manifesta totdeauna în același mod: pacienta dorea foarte mult să facă dragoste cu soțul ei, se excita, vaginul se lubrefia, dar imediat ea era cuprinsă de sentimente de tristețe și teamă, vaginul redevenea uscat și penetrația devenea foarte dureroasă.

Terapeutul i-a cerut să se concetreze asupra scenei relațiilor sexuale și să observe dacă înaintea apariției stării afective negative nu-i apare vreo imagine sau vreun gând. Pacienta a identificat imaginea fotografică a violului suferit. *Depistarea gândurilor automate este foarte utilă în cadrul psihoterapiilor de scurtă durată.* După ce pacienta a identificat imaginea violului, ea a sesizat legătura dintre trauma suferită în copilărie și problemele actuale.

Terapeutul a indus hipnoza, i-a sugerat pacientei să retrăiască scena respectivă și apoi să acționeze voluntar asupra amintirii respective, modificând-o. Ea a reevaluat deciziile ei din copilărie și a adoptat altele, mai potrivite pentru vârsta adultă. Vindecarea completă a avut loc în șapte ședințe de psihoterapie.

Psihoterapia cognitivă abordează tulburarea pacientului ca pe o problemă ce trebuie rezolvată. La fel ca un cercetător, psihoterapeutul cognitivist va aduna date, va emite o ipoteză de lucru și o va verifica în practică, evaluând rezultatele demersului său.

Terapia este foarte bine structurată și cuprinde între 15 și 22 de ședințe de aproximativ o oră. Demersul terapeutic se întinde pe un interval de 3–4 luni, iar intervalele dintre ședințe sunt riguros planificate.

Astfel, de pildă, în cazul tratamentului tulburării depresive (nevrotice), tratamentul se realizează în trei etape:

1. Rezolvarea problemei inactivității pacientului prin intermediul unor tehnici comportamentale.

2. Sprijinirea pacientului să identifice gândurile negative automate, care stau la baza stărilor depresive şi modificarea acestora.

3. Descoperirea şi modificarea schemelor cognitive, care produc declanşarea gândurilor automate.

O dată diagnosticul stabilit, terapeutul şi pacientul rezumă problema şi consecinţele acesteia în planul vieţii cotidiene. Apoi terapeutul va explica principiile teoriei şi psihoterapiei cognitive.

Se trece, în continuare, la defalcarea problemei în părţi componente, care sunt ierarhizate în ordinea priorităţilor.

Se alege apoi un obiectiv uşor de atins, terapeutul ajutându-l pe pacient să formuleze o ipoteză şi s-o verifice în practică, ca în exemplul următor (M e g g l e, 1990, p. 71):

„Spuneţi că nu puteţi să vă concentraţi deloc. Dar dacă v-aş da un ziar, câte rânduri credeţi că aţi putea să citiţi?"

Pacientul se gândeşte şi răspunde că probabil nu va putea citi 20 de rânduri, poate doar 15.

Acesta va fi pus în situaţia de a-şi verifica ipoteza şi dacă reuşeşte să citească 25 de rânduri, acest mic succes îl va ajuta să continue terapia. În felul acesta, pacientul s-a familiarizat cu metoda autoexperimentării.

În continuare i se trasează ca sarcină pentru acasă să-şi monitorizeze activităţile cotidiene în scris şi să citească o carte sau o broşură de terapie cognitivă.

Faza preliminară a terapiei durează două şedinţe.

În şedinţa a treia, terapeutul va face încă o trecere în revistă a simptomelor şi va studia jurnalul personal al pacientului. Apoi, acesta îi va explica pacientului modul în care structurile cognitive influenţează emoţiile şi comportamentul.

Începând din acest moment, psihoterapeutul şi pacientul încep demersul terapeutic propriu-zis. Cei doi cad de acord asupra unei activităţi de rutină, abandonată de pacient din cauza depresiei: a face ordine în casă, în dulap, a spăla rufele etc. Dacă activitatea respectivă i se pare pacientului prea greu de realizat, el o va efectua la început în plan imaginativ. În acest mod, pot să fie evidenţiate şi obstacolele care stau în calea realizării sarcinii, obstacole care sunt discutate împreună cu terapeutul.

Acesta va oferi pacientului programe de activitate tot mai complexe.

Pacientul va trebui să-şi monitorizeze acasă toate activităţile, acordând o notă de la 0 la 5 pentru nivelul stăpânirii de sine şi pentru gradul de satisfacţie pe care îl obţine. În acelaşi timp, el trebuie să înregistreze cu multă precizie şi situaţiile în care apar emoţiile negative.

La şedinţa viitoare de psihoterapie, după ce s-a discutat modul de îndeplinire a sarcinilor pentru acasă, se trece la identificarea gândurilor automate negative care îl fac pe subiect să se simtă trist şi îi blochează acţiunile. Pentru a realiza acest lucru, pacientul trebuie să-şi reamintească una din situaţiile pe care le-a înregistrat, prin intermediul adresării unor întrebări în detaliu, prin retrăirea în plan imaginativ a respectivei situaţii sau prin realizarea unor jocuri de rol.

Prezentăm în cele ce urmează un exemplu (după M e g g l e, 1990, p. 72):

Terapeutul: Mi-aţi povestit că atunci când şeful v-a înapoiat dosarul la care aţi muncit două săptămâni, fără să vă adreseze un cuvânt, v-aţi simţit deprimată. Nu aţi mâncat seara şi aţi zăcut în pat, fără să faceţi nimic. Aşa este?

Pacienta: Da, chiar aşa!

Terapeutul: Simplul fapt că vi s-a returnat un dosar, fără să vi se spună un cuvânt nu explica depresia care v-a cuprins. Este vorba, mai curând, de modul în care aţi interpretat situaţia.

P.: Probabil.

T.: Pentru a ne fi mai clar, hai să refacem situaţia. Eu sunt şeful dvs. Eu stau în picioare, dvs. staţi jos şi eu vă dau dosarul. Iată-l.

P.: Nu aşa! Cu braţul mai ţeapăn.

T.: Aşa?

P.: Da!

T.: Eu tac şi vă întind dosarul. La ce vă gândiţi acum?

P.: El mă crede incapabilă. Tot ce fac este prost. Niciodată nu voi fi capabilă să fac un lucru bun. Din cauza asta nici nu reuşesc să mă căsătoresc.

T.: Foarte bine. V-ați adresat tot acest discurs interior, care era de fapt, împotriva dumneavoastră. Nu credeți cumva că discursul acesta v-a deprimat mai mult decât situația în sine?

Pacienta este astfel antrenată să-şi identifice gândurile negative disfuncționale. Ea va realiza acest lucru în timpul şedinței de psihoterapie şi apoi în afara acesteia, utilizând o scală de autoevaluare realizată de Beck (1987) şi care cuprinde următoarele aspecte:

- situațiile-problemă;
- emoțiile negative, asociate şi intensitatea acestora exprimată numeric;
- gândurile negative, automate legate de situațiile respective.

Acelaşi tip de scală va servi pentru evaluarea gândurilor raționale, pe care subiectul va învăța să le opună celor negative, automate, precum şi a efectului acestora asupra stărilor emoționale şi gândurilor automate.

Timp de aproximativ 10 şedințe, pacientul va exersa identificarea şi modificarea gândurilor negative. Terapeutul îl va învăța să le examineze în mod obiectiv, să verifice gradul lor de plauzibilitate şi să găsească şi alte interpretări posibile pentru situația-problemă.

Pacientul poate interoga şi alte persoane cu privire la ceea ce fac ele în situații similare, poate observa comportamentul altor persoane sau se poate transpune, din nou, în situațiile respective, pentru a-şi observa propriul comportament. Se poate continua, de asemenea, şi jocul de rol, pentru a-l ajuta pe pacient să descopere şi alte alternative de interpretare ale unei situații date.

Astfel, de pildă, în cazul descris mai sus, există mai multe posibilități:

Ipoteza 1: raportul alcătuit este lipsit de valoare, dar nu şi persoana ca atare.

Examinând această posibilitate, pacienta poate descoperi următoarele aspecte: că şeful nu a spus nimic pentru că el era preocupat de alte probleme. De altfel, privirea lui nici nu exprima ostilitatea, fapt ce ar putea reprezenta un argument în favoarea ipotezei 2.

Ipoteza 2: Şeful era preocupat de altceva.

Ipoteza 3: Şeful nu dorea s-o deranjeze prea tare, văzând cât este de ocupată.

Ipoteza 4: Şeful se simțea rău în ziua respectivă.

Pacienta în cauză va evalua cele patru ipoteze, acordându-le un procent care să reflecte probabilitatea ca ele să fie adevărate:

1. Raportul meu era lipsit de valoare (30%);
2. Şeful era preocupat de alte lucruri (70%);
3. Şeful nu voia să mă deranjeze (80%);
4. Şeful nu se simțea bine (10%).

Concluzia pe care o trage pacienta va fi că ipotezele 2 şi 3 par mai plauzibile.

În viața cotidiană, pacientul se va antrena permanent să contracareze gândurile sale negative automate.

În fiecare şedință de psihoterapie se verifică modul în care s-au consolidat deprinderile de combatere a gândurilor negative.

Majoritatea terapeuților recomandă şi utilizarea unor tehnici de creştere a eficienței personale: relaxare musculară şi psihică, utilizarea terapiei prin muzică sau jocuri de rol pentru antrenarea comportamentului asertiv.

Spre sfârşitul psihoterapiei, în şedințele 16–18, terapeutul va aborda schema cognitivă inconştientă sau convingerea cu caracter general, care stă la baza declanşării gândurilor negative automate.

Astfel, de pildă, în cazul pacientei descrise de Meggle (1990), regula sau convingerea disfuncțională este următoarea:

„Dacă ea nu este agreată în totalitate de şeful ei sau de orice alt bărbat înseamnă că ea nu are nici o valoare".

Psihoterapeuții de orientare cognitivistă au alcătuit liste care conțin convingeri negative de bază, convingeri foarte răspândite la persoanele deprimate şi care se referă la: asumarea unor obligații absolute şi inumane, nevoia de a fi aprobați în totalitate, nevoi absolutiste de dragoste, de perfecțiune, de reuşită.

Albert Ellis (1977), fondatorul psihoterapiei rațional-emotive (RET), a evidențiat câteva tipuri de credințe absolutiste („trebuie cu orice preț") cu care oamenii se autoperturbă permanent (după Meggle, 1990, p. 74):

T.: Foarte bine. V-ați adresat tot acest discurs interior, care era de fapt, împotriva dumneavoastră. Nu credeți cumva că discursul acesta v-a deprimat mai mult decât situația în sine?

Pacienta este astfel antrenată să-și identifice gândurile negative disfuncționale. Ea va realiza acest lucru în timpul ședinței de psihoterapie și apoi în afara acesteia, utilizând o scală de autoevaluare realizată de Beck (1987) și care cuprinde următoarele aspecte:

- situațiile-problemă;
- emoțiile negative, asociate și intensitatea acestora exprimată numeric;
- gândurile negative, automate legate de situațiile respective.

Același tip de scală va servi pentru evaluarea gândurilor raționale, pe care subiectul va învăța să le opună celor negative, automate, precum și a efectului acestora asupra stărilor emoționale și gândurilor automate.

Timp de aproximativ 10 ședințe, pacientul va exersa identificarea și modificarea gândurilor negative. Terapeutul îl va învăța să le examineze în mod obiectiv, să verifice gradul lor de plauzibilitate și să găsească și alte interpretări posibile pentru situația-problemă.

Pacientul poate interoga și alte persoane cu privire la ceea ce fac ele în situații similare, poate observa comportamentul altor persoane sau se poate transpune, din nou, în situațiile respective, pentru a-și observa propriul comportament. Se poate continua, de asemenea, și jocul de rol, pentru a-l ajuta pe pacient să descopere și alte alternative de interpretare ale unei situații date.

Astfel, de pildă, în cazul descris mai sus, există mai multe posibilități:

Ipoteza 1: raportul alcătuit este lipsit de valoare, dar nu și persoana ca atare.

Examinând această posibilitate, pacienta poate descoperi următoarele aspecte: că șeful nu a spus nimic pentru că el era preocupat de alte probleme. De altfel, privirea lui nici nu exprima ostilitatea, fapt ce ar putea reprezenta un argument în favoarea ipotezei 2.

Ipoteza 2: Șeful era preocupat de altceva.

Ipoteza 3: Șeful nu dorea s-o deranjeze prea tare, văzând cât este de ocupată.

Ipoteza 4: Șeful se simțea rău în ziua respectivă.

Pacienta în cauză va evalua cele patru ipoteze, acordându-le un procent care să reflecte probabilitatea ca ele să fie adevărate:

1. Raportul meu era lipsit de valoare (30%);
2. Șeful era preocupat de alte lucruri (70%);
3. Șeful nu voia să mă deranjeze (80%);
4. Șeful nu se simțea bine (10%).

Concluzia pe care o trage pacienta va fi că ipotezele 2 și 3 par mai plauzibile.

În viața cotidiană, pacientul se va antrena permanent să contracareze gândurile sale negative automate.

În fiecare ședință de psihoterapie se verifică modul în care s-au consolidat deprinderile de combatere a gândurilor negative.

Majoritatea terapeuților recomandă și utilizarea unor tehnici de creștere a eficienței personale: relaxare musculară și psihică, utilizarea terapiei prin muzică sau jocuri de rol pentru antrenarea comportamentului asertiv.

Spre sfârșitul psihoterapiei, în ședințele 16–18, terapeutul va aborda schema cognitivă inconștientă sau convingerea cu caracter general, care stă la baza declanșării gândurilor negative automate.

Astfel, de pildă, în cazul pacientei descrise de Meggle (1990), regula sau convingerea disfuncțională este următoarea:

„Dacă ea nu este agreată în totalitate de șeful ei sau de orice alt bărbat înseamnă că ea nu are nici o valoare".

Psihoterapeuții de orientare cognitivistă au alcătuit liste care conțin convingeri negative de bază, convingeri foarte răspândite la persoanele deprimate și care se referă la: asumarea unor obligații absolute și inumane, nevoia de a fi aprobați în totalitate, nevoi absolutiste de dragoste, de perfecțiune, de reușită.

Albert Ellis (1977), fondatorul psihoterapiei rațional-emotive (RET), a evidențiat câteva tipuri de credințe absolutiste („trebuie cu orice preț") cu care oamenii se autoperturbă permanent (după Meggle, 1990, p. 74):

„*Trebuie* să fiu bun, perfect, pentru că altfel nu valorez nimic";

„Toţi ceilalţi *trebuie* să fie buni şi să se poarte ireproşabil cu mine. Dacă ei nu se comportă astfel, înseamnă că nu merit".

„Condiţiile economice, politice, sociale şi de mediu în care trăiesc *trebuie* să fie astfel aranjate încât să mi se îndeplinească toate dorinţele".

„Oare nu este îngrozitor faptul că aceste condiţii sunt rele şi mă frustrează?"

„Nu pot să suport acest lucru".

„Nu pot să fiu fericit în condiţii atât de rele, mai bine mă sinucid".

O dată descoperită schema cognitivă de gândire negativă, psihoterapeuţii cognitivişti au pus la punct strategii de contracarare a acesteia.

Astfel, de pildă, se pot aprecia avantajele şi dezavantajele unui mod de gândire perfecţionist (după Blackburn şi Cottraux, 1988, p. 100–101):

Avantaje:	**Dezavantaje**
1. Acest mod de a gândi şi de a mă comporta mă determină să încerc să fac totul mai bine (9).	1. Perfecţionismul meu mă face să fiu anxios (8).
2. Ceea ce lucrez, este de calitate (9).	2. Mă critic prea sever şi acest lucru mă face să pierd satisfacţia lucrului realizat (10).
3. Din acest motiv, nu sunt leneş (4).	3. Criticile celorlalţi mă deprimă sau mă determină să devin agresiv (10).
4. Găsesc mereu ceva interesant de făcut (9).	4. Pentru că am tendinţa de a evita criticile, pierd partea lor constructivă şi nu mă pot perfecţiona (5).
Total = 31 p.	5. Nu profit de succesele mele, pentru că, imediat ce înregistrez un eşec, sunt umbrite toate succesele mele anterioare (10).
	6. Devin intolerant şi hipercritic faţă de ceilalţi 10.
	7. Pentru că reuşesc rareori să fac ceva cu adevărat perfect, trăiesc mereu o stare de insatisfacţie (10).
	Total = 63 p.

Concluzie: Această atitudine este în mod evident în dezavantajul meu; pot decide s-o modific sau să renunţ la ea.

Făcând bilanţul, pacientul ajunge la concluzia că atitudinea respectivă are costuri prea ridicate şi se decide s-o modifice.

Unii autori cognitivişti atrag atenţia pacienţilor asupra faptului că modul negativ de gândire este rezultatul unui contract pe care l-au făcut aceştia în copilărie şi că acum este cazul ca acest contract să fie renegociat. La încheierea terapiei, psihoterapeutul trebuie să fie sigur că pacientul a înţeles bine principiile terapiei cognitive şi că poate aplica în mod independent metodele acesteia.

Psihoterapia raţional-emotivă (RET) are multe elemente comune cu terapiile cognitive şi cognitiv-comportamentale.

Ellis (1977) explică ABC-ul modului iraţional de gândire, care generează perturbări psihice.

Un eveniment negativ activ (As) activează la subiect gândurile iraţionale (iBs), conducând la un comportament iraţional de autoperturbare C (consecinţe emoţionale şi comportamentale).

Autorul atacă frontal de la prima şedinţă de psihoterapie acest mod de gândire iraţional, bazat pe imperative categorice: „trebuie", prin metode foarte diferite, dintre care unele foarte nonconformiste.

Astfel, de pildă, unui pacient timid i se poate trasa drept sarcină terapeutică să realizeze anumite acţiuni ridicole în public. Deoarece umorul nu lipseşte, foarte curând pacientul va găsi chiar o satisfacţie în realizarea acţiunilor respective şi chiar în inventarea altora noi (să poarte şosete de culori diferite, să sară într-un picior în staţia de autobuz în faţa unei doamne în vârstă etc.).

Ellis (1977) nu neglijează însă nici metodele cognitiviste mai tradiţionale, de luptă împotriva gândurilor negative prin metoda contraargumentării.

Autorul arată că există multe modalităţi prin intermediul cărora psihoterapeuţii îi pot ajuta pe clienţii lor să se simtă mai bine, dar

majoritatea acestor intervenţii acţionează doar pe termen scurt. Clienţii se simt mai bine, dar nu se vindecă (Ellis, 1972 a), ameliorarea simptomelor având un caracter temporar.

Când clienţii se simt mai bine, ei sunt puţin anxioşi, deprimaţi, culpabili, furioşi, manifestă, într-o măsură mai redusă, comportamentul fobic şi se simt mai fericiţi. În cazul în care are loc însă procesul de vindecare, clienţii nu numai că se simt mai bine, ci îndeplinesc şi următoarele condiţii:

- îşi menţin echilibrul emoţional o perioadă mai lungă de timp;
- devin mai puţin perturbaţi şi autodefensivi în legătură cu multe aspecte ale existenţei, depăşind sfera simptomelor pentru care s-au prezentat la psihoterapie;
- atunci când, în mod ocazional, trăiesc din nou sentimente perturbatoare şi se comportă dezadaptativ, ei ştiu să facă faţă acestor sentimente şi conduite în mod eficient şi rapid;
- deoarece sunt capabili să înveţe lecţia psihoterapiei, ei pot aplica în practică cele învăţate, devenind nişte persoane mai puţin perturbate, cu tendinţa spre autoactualizare.

Ellis (1990) realizează distincţia între a te simţi mai bine şi a fi vindecat.

TEHNICI CARE ÎL POT FACE PE PACIENT SĂ SE SIMTĂ MAI BINE

1. Căldura şi suportul afectiv

Abordarea pacienţilor, mai ales a celor depresivi şi a celor care au o imagine scăzută cu privire la propria persoană, cu suport şi căldură afectivă, îi face mai capabili să înfrunte dificultăţile vieţii, în aceste condiţii ei progresând mai repede în cadrul demersului psihoterapeutic. Deoarece mulţi dintre aceşti subiecţi au o nevoie puternică de dragoste şi aprobare, credinţele lor iraţionale cu privire la faptul că cineva trebuie neapărat să aibă grijă de ei şi să-i iubească, pentru că altfel se simt lipsiţi de valoare, nu face decât să fie întărite în urma unui astfel de tratament, ei devenind dependenţi de terapeut sau se produce fenomenul prin care terapeutul devine „un prieten plătit" (Schofield, 1964), consecinţa acestui fenomen fiind prelungirea exagerată a terapiei.

2. Furnizarea de asigurări şi încurajări

Deoarece mulţi clienţi se simt neadecvaţi şi nu au încredere în posibilităţile lor de succes şi din acest motiv se autoblamează, dacă terapeutul le va adresa complimente în legătură cu inteligenţa şi cu aspectul lor exterior, subiecţii se vor simţi mai bine şi vor putea obţine succese în profesie şi chiar în dragoste.

Această abordare însă le poate întări şi credinţa iraţională că ei trebuie întâi să aibă succese şi abia apoi să se accepte pe ei înşişi. Această tehnică se poate lesne transforma într-un „bumerang", pentru că asigurările şi încurajările îi vor ajuta să acţioneze mai eficient, dar în momentul în care au eşuat din nou, ei se vor întoarce la vechea lor imagine negativă în legătură cu ei înşişi.

3. Furnizarea de sfaturi şi rezolvarea de probleme

Clienţii, la psihoterapie, se vor simţi mai bine şi atunci când primesc sfaturi înţelepte sau sunt ajutaţi să-şi rezolve problemele care îi frământă, probleme ce ţin de şcoală, locul de muncă sau de sfera relaţională.

Este însă evident faptul că şi această tehnică nu va face decât să-i determine pe clienţi să devină şi mai dependenţi de terapeut, în loc să-şi rezolve singuri problemele de viaţă. Mai mult, aceştia se vor simţi bine, doar atunci când dificultăţile lor sunt rezolvate şi vor recădea în nevroză, atunci când se confruntă cu situaţii care nu pot fi soluţionate.

4. Explicaţiile şi „insight"-ul legate de problemele trecute

Frecvent, psihoterapeuţii manifestă tendinţa de a explica pe scurt clienţilor originea diverselor trăiri pe care le manifestă aceştia. De pildă, le explică faptul că îşi detestă partenerul, pentru că acesta s-a comportat aşa cum s-au comportat părinţii cu el sau că modul abuziv

în care s-a comportat mama sau tatăl vitreg cu ei, îi determină să se comporte brutal cu proprii copii.

Indiferent dacă aceste explicaţii sunt corecte sau eronate, pacienţii le iau ca atare şi au impresia că ajung să se înţeleagă mai bine pe ei înşişi şi că ceva s-a modificat în comportamentul lor dezaprobativ.

Aceste insight-uri (iluminări), chiar dacă au la bază fapte reale, nu arată clienţilor de ce anume reuşesc ei să se dezorganizeze în asemenea măsură pentru nişte fapte trecute, nu îi ajută să afle de ce au târât după ei în viaţa adultă neplăcerile copilăriei, cum procedează să le menţină active şi cum îşi pot modifica, în prezent, atitudinile autoperturbatoare. Din acest motiv, explicaţiile şi „insigh"-urile respective, deşi pot fi productive pe termen scurt, nu produc efecte de durată în planul psihoterapiei.

5. Catharsis-ul şi abreacţia

Ajutarea clientului să intre în legătură cu propriile sentimente ascunse de anxietate şi ostilitate va produce o descărcare a tensiunii emoţionale acumulate, şi acesta se va simţi mai bine.

Dacă însă terapeutul nu are acces la ceea ce se ascunde în spatele acestor sentimente reprimate, catharsis-ul nu va face decât să intensifice trăirile afective negative (mai ales când este vorba de furie) sau, în cel mai bun caz, se va produce doar o descărcare temporară (Ellis, 1977; 1988. Travis, 1983), iar atitudinea clientului bazată pe anxietate sau pe agresivitate nu se va modifica sau, dimpotrivă, va putea fi exacerbată.

6. Gândirea pozitivă şi imageria mentală

Încă de la autosugestiile prescrise de Coue, în 1923, mulţi terapeuţi au căutat să-i ajute pe pacienţii lor, cultivându-le gândirea pozitivă şi imageria orientată spre succes. S-a dovedit că această metodă dă rezultate rapide, dar din nefericire, cu caracter temporar, pentru că gândirea pozitivă dă subiectului speranţe în legătură cu obiective sau performanţe adesea greu de atins. În acelaşi timp, tehnica întăreşte convingerea disfuncţională a pacientului că el trebuie, cu orice preţ, să obţină performanţe înalte pentru a se autoaccepta.

7. Întăririle şi sancţiunile

Principiile întăririi şi sancţiunilor sunt specifice psihoterapiei comportamentale, pusă la punct de Watson (1920) şi perfecţionată apoi de Skinner (1971) şi Wolpe (1982).Aceste principii au fost utilizate pentru a modifica stările afective şi comportamentele disfuncţionale şi dau rezultate bune mai ales în terapia toxicomanilor sau a altor comportamente dezadaptative (ca de pildă, în cazul bulimiei, fumatului sau alcoolismului incipient).

Din păcate însă nici în acest caz, rezultatele nu sunt de durată. Adesea, o astfel de abordare îi determină pe subiecţi să facă ceea ce trebuie pentru motive exterioare, cum ar fi obţinerea unei recompense sau evitarea unei pedepse.

Ellis este de părere că această tehnică nu face decât să încurajeze egocentrismul, orientarea hedonistă şi toleranţa scăzută la frustraţie a subiecţilor, defecte de personalitate care stau de obicei la baza unei conduite adictive, specifice toxicomaniei. Atunci când se utilizează drept întărire, aprobarea terapeutului sau a altei persoane, subiecţii au tendinţa de a deveni mai sugestibili, de a gândi mai puţin cu propriul lor cap, devenind şi mai perturbaţi (Ellis, 1983).

TEHNICI DE TERAPIE SCURTĂ CARE ÎI FAC PE SUBIECŢI SĂ SE VINDECE (ELLIS, 1990)

Metodele care îl fac pe client doar să se simtă bine, fără să progreseze, nu produc o schimbare atitudinală de durată, schimbare care să atingă concepţia filozofică despre lume şi viaţă a clientului şi să dezvolte la acesta o capacitate de autoreglare a stărilor sale psihice.

Ellis (1990) consideră că tehnicile de vindecare pe care le propune sunt de fapt nişte modalităţi de autoajutorare („self-help").

1. Conştientizarea propriei auto-perturbări

Pacienţii trebuie să înţeleagă faptul că nu atât împrejurările exterioare, factorii situaţionali actuali sau care au acţionat în copilărie produc perturbările emoţionale, ci modul în care aceştia

se raportează la împrejurările de viaţă reprezintă cauza reală a perturbării psihice.

Oamenii sunt cei care *se decid* să interpreteze într-un mod negativ şi frustrant evenimentele psihotraumatizante timpurii sau actuale, nefăcând altceva decât să se autoperturbe. Autorul este de părere că fiinţa umană are capacitatea de a se autocontrola emoţional, dar majoritatea oamenilor refuză cu încăpăţânare să facă acest lucru şi persistă în eroarea lor.

În cazul în care terapeutul reuşeşte să-i facă pe pacienţi să înţeleagă faptul că ei se perturbă singuri şi că ei pot decide fără dificultate să nu o mai facă, acesta le poate arăta calea pe care trebuie s-o urmeze pentru a se elibera de simptomele lor (Ellis, 1962; 1973; 1988).

2. Înţelegerea modului dogmatic de gândire bazat pe „trebuie cu orice preţ să..."

Psihoterapia raţional-emotivă (RET) postulează faptul că oamenii se autoperturbă nu numai datorită unor percepţii şi judecăţi nerealiste şi negative, aşa cum subliniază specialiştii în terapie cognitiv-comportamentală, ci şi prin formarea unor cerinţe şi imperative absolutiste (Ellis, 1962; 1973; 1985 a; b; 1987 a, b; Ellis şi Harper, 1975).

Psihoterapeutul specializat în terapie raţional-emotivă va sesiza rapid faptul că subiecţii anxioşi, deprimaţi sau furioşi îşi fixează în mod conştient sau inconştient imperative categorice („trebuie neapărat să...").

O dată ce au înţeles acest mecanism autoperturbator, pacienţii primesc „cheia care poate deschide poarta" spre o schimbare profundă a personalităţii.

3. Combaterea prin intermediul argumentării active a gândurilor iraţionale şi a imperativelor categorice

O dată ce terapeutul l-a convins pe pacient că acesta se perturbă singur, nutrind credinţe iraţionale şi având cerinţe nerealiste şi imperative faţă de sine, faţă de ceilalţi şi faţă de viaţă, acesta îl

poate învăţa să utilizeze modul ştiinţific de gândire pentru a-şi învinge convingerile dogmatice, autoperturbatoare. Astfel, pacienţii vor fi învăţaţi să-şi adreseze întrebări cu caracter provocativ:

„De unde ştii că va fi un dezastru dacă nu vei avea doar note bune la facultate?"

„De ce ar trebui să ai doar note bune?"

„De ce prietenii tăi trebuie să fie neapărat drăguţi cu tine, pentru că altfel va fi sfârşitul lumii?"

„Unde scrie că, pentru faptul că ai fost respins de persoana iubită, eşti complet lipsit de valoare şi nu meriţi să fii iubit de nimeni?" etc.

În felul acesta, clienţii vor învăţa să lupte împotriva gândurilor iraţionale, prin intermediul cărora se autosabotează şi trag concluzii lipsite de sens, care le produc stări afective negative şi tulburări nevrotice (Ellis, 1988; Ellis, 1990).

4. Tehnica reanalizării unor comportamente-problemă

Oamenii se perturbă pe ei înşişi, în special, pentru două motive principale:

- problemele ego-ului, care îl fac pe subiect să se denigreze în permanenţă, pentru că nu are performanţe suficient de mari sau pentru că nu obţine suficientă aprobare de la ceilalţi;
- toleranţa redusă la frustraţie, care îi face să dorească în mod absolut anumite lucruri şi să considere că nu pot trăi dacă nu au ceea ce îşi doresc. Toleranţa scăzută la frustraţie îi determină în acelaşi timp să solicite gratificaţii imediate, iar în absenţa acestora, subiecţii se refugiază în comportamente dezaprobative compulsive, cum ar fi alcoolismul, bulimia sau fumatul. Este evident că aceste deprinderi oferă o relaxare pe moment, însă cu efecte negative pe termen lung.

O metodă simplă, specifică terapiei raţional-emotive, metodă ce îi ajută pe subiecţi să abandoneze acest gen de comportamente adictive constă în a-i solicita pe aceştia să noteze într-un jurnal cât mai multe dezavantaje ale comportamentului compulsiv, precum şi avantajele renunţării la acesta. Apoi, aceştia trebuie să revadă zilnic

de 10–20 de ori aceste liste cu argumente pro şi contra unui comportament (de pildă, fumatul) şi să reflecteze asupra lor.

5. Schimbarea sistemului de referinţă

Această tehnică implică o schimbare de atitudine a subiectului. Sub îndrumarea terapeutului, acesta învaţă să-şi privească în mod diferit situaţia, deplasând accentul de la părţile negative spre cele pozitive (atitudinea „sticla este pe jumătate plină"). Astfel, de pildă, unei persoane care a fost concediată i se pot arăta şi dezavantajele pe care le-a avut locul de muncă pierdut: salariu prea mic, insuficient timp liber, şef agresiv etc. Subiectului i se poate explica, de asemenea, faptul că pierderea serviciului reprezintă o provocare a destinului, provocare ce îi deschide calea evoluţiei personale şi găsirii unui serviciu mai bun, mai bine plătit şi în care să se poată afirma din plin.

6. Învăţarea „acceptării necondiţionate"

Carl Roger (1962) considera că atitudinea pozitivă necondiţionată acordată clientului care solicită psihoterapia reprezintă metoda cea mai bună ca acesta să înceteze să se mai autodenigreze şi să tragă următoarea concluzie: „deoarece terapeutul meu mă acceptă, deşi mă port rău, atunci ar trebui să mă accept şi eu".

Ellis (1990) este de părere însă că aceasta reprezintă o acceptare care este totuşi condiţionată, pentru că determină clientul să devină dependent de terapeut.

Acceptarea necondiţionată ar însemna ca pacientul să se accepte pe sine, chiar dacă ceilalţi, inclusiv terapeutul, îl acceptă sau nu.

În cadrul terapiei raţional-emotive (RET), clienţilor nu numai că li se arată, prin intermediul tonului şi modului de comportare al terapeutului, că ei sunt acceptaţi aşa cum sunt ei, mai mult, ei sunt învăţaţi să se autoaccepte, indiferent de comportamentul lor negativ sau de dezaprobarea celorlalţi. Pentru atingerea acestui obiectiv, Ellis (1990) şi colaboratorii săi îi învaţă următoarele:

- oamenii sunt fiinţe prea complexe pentru a primi o apreciere cu caracter global;

- este mai indicat să ne ocupăm şi să evaluăm doar propriile noastre comportamente, nu şi ale altora;
- obiectivul evaluării comportamentelor personale trebuie să fie reprezentat de obţinerea bucuriei de viaţă şi nu de „punerea la încercare" a propriei persoane;
- în cazul în care subiecţii insistă să se autoevalueze ca persoane, ei sunt instruiţi să-şi spună: „eu sunt o persoană valoroasă numai pentru faptul că trăiesc şi nu pentru acţiunile pe care le întreprind sau nu le întreprind" (Bernard, 1986; Ellis, 1972 b; 1973; 1985 a; 1988; Ellis şi Backer, 1982; Ellis şi Dryden, 1987; Ellis şi Harper, 1975).

7. Exerciţii de depăşire a sentimentului de jenă sau ruşine

Sentimentele de jenă, umilinţă, ruşine şi autodenigrare reprezintă punctul de plecare al celor mai multe tulburări emoţionale.

Specialiştii în terapie raţional-emotivă (RET) utilizează exerciţii care să-i desensibilizeze pe subiecţi de astfel de sentimente şi să-i determine să se comporte fără jenă şi să se autoaccepte chiar dacă acţionează în mod stupid sau incompetent. Pacienţilor li se recomandă să facă una sau mai multe acţiuni stupide în public, cu precizarea ca acestea să nu conducă la probleme reale (de pildă, prejudicii altor persoane). Astfel, li se poate cere să se îmbrace nepotrivit, să adreseze întrebări prosteşti, să refuze să facă altora servicii minore, să poarte o umbrelă pe o zi însorită etc. În acelaşi timp, subiecţii sunt solicitaţi să combată gândurile negative care îi determină să se simtă jenaţi. În scurt timp, subiecţii se vor obişnui să nu mai depindă în măsură atât de mare de aprobarea celorlalţi.

8. Tehnica imageriei raţional-emotive

În psihoterapie, prin termenul de imagerie se înţelege repetarea în plan mental, în stare de veghe, relaxare sau hipnoză, a unei situaţii cu semnificaţie emoţională pentru subiect.

În cadrul terapiei raţional-emotive a fost aplicată, încă din anul 1971, tehnica imageriei raţional-emotive (REI), tehnică pusă la punct de Maultsby. Tehnica îi ajută pe pacienţi să transforme stările

afective dezaprobative în stări afective pozitive (M a u l t s b y, 1971; M a u l t s b y şi E l l i s, 1974).

Prezentăm, în cele ce urmează, un model de imagerie raţional-emotivă aplicată la un subiect cu dispoziţie depresivă cu caracter situaţional (E l l i s, 1990).

Metoda se adresează unui student care se simte deprimat pentru că se teme că va pierde un examen şi poate chiar anul de studii.

Acestuia i se cere să-şi imagineze că a pierdut examenul, îl dă din nou şi îl pierde şi apoi rămâne repetent. Profesorul şi colegii sunt foarte critici faţă de studentul respectiv şi consideră că este un prost pentru că a căzut la respectivul examen. Subiectului i se cere să vizualizeze cât mai în detaliu scena respectivă şi să realizeze ce simte. Majoritatea persoanelor vor relata că se simt foarte deprimate.

În continuare, terapeutul îi solicită subiectului să trăiască sentimentul de deprimare cât mai intens posibil. Şi apoi el este instruit să menţină aceeaşi imagine şi să modifice starea afectivă: în loc să se simtă „groaznic de deprimat", subiectul trebuie să se simtă doar supărat, dezamăgit, nemulţumit, dar nu deprimat.

Pacientul este întrebat, în final, cum a procedat pentru a modifica starea afectivă.

Majoritatea pacienţilor care cunosc principiile terapiei raţional-emotive vor da răspunsuri de tipul următor: „mi-am spus că este foarte rău ceea ce s-a întâmplat, dar nu este sfârşitul lumii" sau „am avut ghinion, dar pot să trăiesc în continuare şi să mă accept ca pe o persoană valoroasă".

E l l i s (1985 a) recomandă subiecţilor cu probleme emoţionale să practice metoda propusă o dată pe zi, cel puţin 30 de zile.

9. Tehnica desensibilizării implozive în plan real („in vivo")

Conform principiilor terapiei raţional-emotive, oamenii îşi pot modifica unele comportamente disfuncţionale prin intermediul modificării gândurilor iraţionale. Ţinând seama de faptul că gândurile, sentimentele şi comportamentele interacţionează reciproc, este utilă şi modificarea gândurilor negative prin intermediul forţării subiecţilor, indiferent cât de dificil li se pare, să renunţe la acţiunile compulsive sau de evitare.

Astfel, dacă aceştia se angajează în acţiuni de desensibilizare, desfăşurate în plan real şi având un caracter imploziv li se cere să realizeze cât mai multe acţiuni pe care au tendinţa să le evite, ci vor face foarte rapid modificări la nivelul convingerilor lor iraţionale, perturbatoare.

Astfel, de pildă, unui subiect căruia îi este foarte teamă că va fi respins de femei şi care evită să intre în relaţii cu acestea şi crede că este o persoană lipsită de valoare dacă i se întâmplă aşa ceva, i se poate trasa ca sarcină pentru acasă să aibă discuţii cu cel puţin cinci femei în fiecare zi (E l l i s, 1990).

Dacă acesta urmează indicaţiile terapeutului timp de una-două luni, nu numai că îi va dispare ideea că nu poate sta de vorbă cu femeile, ci şi gândul iraţional că este un om „de nimic" dacă va fi respins de vreo femeie.

TERAPIA MULTIMODALĂ (MMT)

Psihoterapia multimodală nu reprezintă o şcoală terapeutică (L a z a r u s, 1976; 1989), ci este un demers eclectic pragmatic, eficient şi sistematic, prin intermediul căruia se pot obţine rezultate evidente şi durabile.

Conform acestei viziuni terapeutice, personalitatea umană este abordată în termenii a şapte nivele sau modalităţi interactive simbolizate prin literele BASIC I.D:

B = (behavior) – comportament;
A = (affect) – afectivitate;
S = (sensation) – senzaţie;
I = (imagery) – imagerie;
C = (cognition) – cogniţie;
I = (interpersonal) – nivelul relaţiilor interpersonale;
D = (biological) – nivelul biologic.

(Autorul utilizează litera D în loc de B pentru muzicalitate).

Terapeutul va căuta să mobilizeze disponibilităţile latente cu caracter adaptativ şi să inducă modificări pozitive la toate cele şapte nivele aflate în interacţiune.

Demersul terapeutic durează între 20 şi 30 de şedinţe, dar poate fi scurtat, ajungându-se până la 10 şedinţe.

În loc să focalizeze demersul terapeutic pe o singură problemă, în cadrul terapiei multimodale, terapeutul abordează mai multe domenii ale personalităţii clientului într-un timp cât mai scurt posibil.

Pentru exemplificare, Lazarus şi Fay (1990) prezintă lista de probleme patologice interactive, precum şi modalităţile de tratament propuse pentru o clientă care acuza depresie şi anxietate.

Modalitatea	Problema	Metodele de terapie utilizate
B	Dezordine; Împrăştiere.	Contracte şi planuri de activitate.
	Tulburări fobice.	Desensibilizare sistematică.
	Lasă lucrurile nefăcute până în ultimul moment.	Programe de planificare a timpului.
	Sentimente de culpabilitate.	Explorarea antecedentelor şi gândurilor iraţionale.
A	Anxietate legată de critică şi respingere.	Tehnica imaginaţiei dirijate (cu tematică de tipul „a face faţă"). Argumentare raţională.
	Tristeţe; Deprimare.	Explorarea modului negativ de gândire şi încurajarea pacientei să descopere evenimentele pozitive.
S	Oboseală; Dureri în coloana lombară. Dureri de cap tensionale.	Relaxare; Fizioterapie.
I	Imagini legate de singurătate şi de eşec; Imagine de sine scăzută.	Exerciţii de imaginaţie dirijată.
C	Gândire dihotomică (de tipul „alb-negru"); Prea multe imperative (trebuie); Suprageneralizări.	Restructurare cognitivă.
I	Neîncredere în alţii; Prea competitivă; Non-asertivă;	Exerciţii de asumare a riscului; Antrenament de cooperare; Antrenament asertiv;
	Evită întâlnirile şi relaţiile sociale.	Antrenarea unor abilităţi sociale;
D	Utilizează Diazepam.	Monitorizări pentru a evita dependenţa;
	Supraponderală.	Metode de autocontrol al greutăţii corporale (contracte legate de controlul alimentaţiei, auto-monitorizarea; grupuri sportive).
	Exerciţii fizice insuficiente.	Program de pregătire fizică.

În cadrul psihoterapiei scurte multimodale (MMT), terapeutul şi clientul selecţionează între 3 şi 5 probleme mai importante care trebuie rezolvate.

În cazul prezentat mai sus, principalele probleme ale clientei sunt următoarele:

- lipsă de asertivitate bazată mai ales pe teama de critică şi pe teama de a fi respinsă;
- stil de gândire de tip dihotomic („alb-negru"), cu prea multe imperative („trebuie") şi suprageneralizări;
- oboseală, cefalee, dureri în zona coloanei vertebrale.

Primele 10 şedinţe de psihoterapie vor fi focalizate pentru rezolvarea acestor probleme, metodele utilizate fiind:

- psihoterapia cognitiv comportamentală şi raţional-emotivă (RET) (Beck, 1987; Ellis şi Dryden, 1987);
- tehnica imaginaţiei dirijate pentru a achiziţiona abilităţi de a face faţă stresului (Lazarus, 1982; Zilbergeld şi Lazarus, 1988);
- tehnici bazate pe joc de rol şi tehnici comportamentale de exersare a unor deprinderi;
- fizioterapie şi exerciţii de relaxare.

După mai puţin de trei luni de psihoterapie, pacienta a devenit mai relaxată, cu mai puţine gânduri disfuncţionale şi cu un comportament deschis şi adecvat în relaţiile interpersonale. Ea şi-a evaluat simptomele iniţiale (depresie şi anxietate) ca fiind rezolvate în proporţie de 80%.

O reevaluare care a avut loc după 8 luni a evidenţiat faptul că pacienta s-a înscris într-un grup de terapie pentru scădere ponderală, a abandonat utilizarea oricărui medicament, iar achiziţiile obţinute în urma psihoterapiei s-au menţinut.

Psihoterapia multimodală are un caracter eclectic şi ea prezintă avantajul că încorporează în mod eficient o serie de metode terapeutice specifice altor orientări şi, în acelaşi timp, rezolvă rapid problemele concrete de care se plâng pacienţii.

Capitolul 4

HIPNOZA PERMISIVĂ

Această abordare în psihoterapie a fost inițiată de Milton Erickson și dezvoltată de discipolii acestuia, Haley și Rossi (Erickson și Rossi, 1976; 1979).

Obiectivul principal al acestui gen de psihoterapie este să venim în întâmpinarea nevoilor pacientului.

Milton Erickson nu prezintă pacienților săi concepte sau explicații teoretice, așa cum fac psihanaliștii, într-o măsură oarecare chiar și cognitiviștii, autorul concentrându-și atenția asupra pacientului viu, cu personalitatea și problemele sale unice.

Astfel, terapeutul este cel care trebuie să se adapteze fiecărui pacient și nu invers, intrând în rezonanță cu acesta.

Pentru a realiza acest deziderat, terapeutul va trebui să reproducă atitudinea corporală, mimica, pantomimica, tonul vocii și cuvintele utilizate de pacient, mai precis să pătrundă în lumea acestuia și să vorbească „pe limba lui".

Terapeutul se va adresa unui om de știință în termeni științifici, unui muncitor în limbajul său, iar unei femei casnice în alți termeni decât unui psiholog. Dacă pacientul se teme să intre în contact cu terapeutul, acesta va fi, la rândul său, rezervat, dacă va fi demonstrativ, la fel va proceda și terapeutul. În felul acesta, pacientul va accepta mai ușor dialogul și îl va considera pe terapeut ca pe un adevărat partener de discuție.

Milton Erickson obișnuia apoi să observe care sunt elementele dominante ale experienței subiective a pacientului și să le utilizeze în mod terapeutic. Astfel, dacă pacientul trăiește o durere puternică și singurul lucru care îl interesează este să scape de

aceasta, terapeutul nu îi va vorbi despre cauzele acesteia, ci va aplica o strategie de înlăturare sau reducere a durerii, arătându-i pacientului că acesta este elementul care îl preocupă cel mai mult.

Citându-l pe Milton Erickson, Meggle (1990) sublinia faptul că un subiect care se prezintă la psihoterapie poate povesti o istorie personală de care este ferm convins la nivel conștient, în timp ce limbajul non-verbal va exprima cu totul altceva.

De pildă, o pacientă tânără poate povesti pe un ton trist că nu mai suportă ca soțul ei s-o atingă și să-i ceară să aibă o viață sexuală mai normală, în timp ce pe fața ei se poate vedea un surâs ironic, care poate fi interpretat ca fiind expresia satisfacției pe care aceasta o simte răzbunându-se pe soțul ei pentru un motiv sau altul.

Pacienta în cauză nu realizează la nivel conștient ceea ce știe inconștientul ei și anume că îi face plăcere să-și pedepsească soțul și acest element subtil trebuie observat de către terapeut.

Psihoterapeuții de orientare ericksoniană subliniază faptul că a veni în întâmpinarea nevoilor pacientului înseamnă a lua în considerare nu numai nevoile conștiente, ci mai ales nevoile inconștiente. Inconștientul este cel care recombină în mod creativ experiențele anterioare ale subiectului, așezându-le în structuri noi, cu rol adaptativ, cel puțin pentru moment și în anumite condiții.

Terapeutul ericksonian trebuie să utilizeze extraordinara forță creatoare a inconștientului pentru a-l ghida pe pacient în direcția sănătății și eficienței.

Milton Erickson considera inconștientul ca pe un mare rezervor de resurse psihice, acesta depozitând obiectivele existențiale profunde și durabile ale ființei umane, pe care are menirea s-o protejeze de diversele situații negative neprevăzute. Din acest motiv, inconștientul furnizează adesea răspunsuri opuse celor date de planul conștient.

În același timp, inconștientul are o manieră diferită de a procesa informațiile: nu clasifică, nu analizează, el asociază lanțuri de imagini și senzații, idei, simboluri, după criterii analogice, aflându-se într-un prezent continuu și decodificând mesajele „ad-literam". Lanțurile de asociații se desfac și se refac mereu după criterii care se sustrag logicii formale.

Din acest motiv, Milton Erickson considera că sondarea inconştientului propusă de psihanalişti reprezintă un demers mult prea dificil şi, în acelaşi timp inutil, propunând în schimb ca inconştientul subiectului să fie lăsat să desfacă singur ceea ce a produs, respectiv simptomul. Terapeutul nu va face decât să favorizeze acest demers şi apariţia condiţiilor optime în care inconştientul să poată acţiona. Astfel, terapeutul ericksonian nu-şi propune să afle de ce pacientul său se simte mai bine, importantă fiind doar ameliorarea sau vindecarea acestuia.

Inconştientul este cel care elaborează sisteme de referinţă care îl ajută pe subiect să facă faţă unor situaţii noi. La subiecţii perturbaţi există sisteme de referinţă rigide, care se menţin de-a lungul anilor şi care s-au format în urma unor experienţe psihotraumatizante.

Cu excepţia situaţiilor psihotraumatizante extreme, cum ar fi violul, războiul, catastrofele sau tortura, experienţele considerate traumatizante variază de la individ la individ. Rezultatul acestora reprezintă totdeauna construirea unor sisteme de referinţă defectuoase şi lipsite de supleţe care sunt aplicate unor noi situaţii, rezultatul fiind producerea anxietăţii şi comportamente dez-adaptative. Subiectul rămâne blocat la un stadiu anterior al existenţei sale şi nu poate evolua. Astfel, de pildă, o femeie care a fost victima unui viol în copilărie, va aprecia toate experienţele sexuale de mai târziu prin prisma catastrofei suferite, aceasta reprezentând sistemul de referinţă prin intermediul căruia vor fi interpretate toate situaţiile care au ceva comun cu cele petrecute.

Este bine cunoscut faptul că în cultura occidentală raţionalistă, subiectul este învăţat să se încreadă doar în capacităţile limitate ale psihismului conştient, care trebuie să „controleze" totul, intuiţia creatoare fiind în mare măsură blocată. Din acest motiv, oamenii se autolimitează, se autoblochează, împiedicând crearea continuă şi armonioasă de noi sisteme de referinţă elaborate de inconştient.

Milton Erickson sublinia adesea că oamenii ştiu mult mai mult decât cred că ştiu şi pierd timp preţios pentru a se limita şi a se autoperturba. Factorii individuali şi culturali concură la blocarea jocului liber al mesajelor care circulă între zonele conştiente şi cele inconştiente. Inconştientul însă îşi va manifesta în continuare creativitatea, căutând soluţii pentru a elibera conştientul de o parte din povara anxietăţii. În felul acesta, inconştientul va realiza un compromis între nevoile individului şi situaţia compromis, care nu este altceva decât simptomul: considerat de către Milton Erickson (1977) drept cea mai bună soluţie posibilă în condiţiile în care se găseşte subiectul.

Psihoterapia va furniza un cadru special de lucru pentru inconştient, cadru în care limitările învăţate sunt suspendate, astfel încât acesta să găsească în mod liber o nouă soluţie, constructivă de data aceasta.

În timpul demersului terapeutic, pacientul este ghidat să lucreze în mod constructiv asupra propriului său inconştient, cu care intră în comunicare directă. Astfel, inconştientul propriu devine terapeutul subiectului cu probleme.

Comunicarea cu zonele inconştiente este realizată de Milton Erickson prin intermediul hipnozei.

Pentru a realiza acest lucru, terapeutul trebuie să obţină acordul nivelului conştient şi să se adreseze inconştientului într-un limbaj adecvat acestei instanţe psihice. Acest acord nu este necesar să fie total, mai ales la subiecţii nevrotici, care au tendinţa de a se refugia în boală şi de a obţine beneficii secundare de pe urma acesteia.

„Faceţi tot ce puteţi pentru a mă vindeca, în afară de ceea ce m-ar putea vindeca în mod real", pare să spună pacientul nevrotic (Meggle, 1990, p. 117). Din acest motiv, Milton Erickson arată că este mai uşor să hipnotizăm un subiect normal decât unul nevrotic, deşi acesta din urmă ar beneficia mult de pe urma hipnozei.

În ceea ce priveşte limbajul pe care trebuie să-l utilizeze terapeutul pentru a se adresa inconştientului, acesta implică metafore, simboluri, imagini.

Transa hipnotică reprezintă o stare modificată de conştiinţă în cadrul căreia subiectul se deconectează de stimulii exteriori şi se conectează spre interior. Acest fenomen, denumit de Rossi (1988) transă cotidiană, se petrece frecvent în viaţa curentă, când suntem absorbiţi de un film pasionant sau de o lectură, astfel încât ne trebuie un timp oarecare pentru a „coborî din nou cu picioarele pe pământ". Rossi (1988) este de părere că orice om normal intră

într-o astfel de stare la fiecare 90–100 de minute, transa respectivă având funcția de a procesa noile informații primite din exterior și de a le integra în experiența subiectivă internă.

Studiile de psihofiziologie au evidențiat faptul că la baza acestei stări stau mecanisme fiziologice diferite:

- unde cerebrale alfa (de veghe relaxată);
- funcționarea predominantă a emisferei cerebrale drepte, responsabilă cu activitățile asociative, globale, vizuospațiale, atemporale și analogice, specifice modului de procesare a informațiilor realizate de inconștient.

Milton Erickson și discipolii săi utilizează în scopuri terapeutice „transa naturală" pornind de la ideea că subiectul va intra în transă dacă dorește și are nevoie de această stare.

Terapeutul nu utilizează decât rareori tehnicile de inducție hipnotică clasică, în care se cere subiectului să fixeze un punct și apoi se administrează sugestii cu caracter directiv și persuasiv.

De cele mai multe ori, autorul sugerează în mod indirect intrarea în transă, prin intermediul relaxării sau prin crearea unei astfel de situații în care subiectul să se lase absorbit de o experiență neobișnuită.

HIPNOZA ÎN PSIHOTERAPIA ERICKSONIANĂ

Inducția și indirecția ca fenomene de comunicare interpersonală

Milton Erickson spunea adesea că trebuie să spulberăm mitul conform căruia unii oameni nu pot fi hipnotizați.

Autorul era de părere că hipnoza și hipnotismul sunt termeni care se aplică unui comportament neobișnuit, dar normal, care poate fi inclus oricărei persoane normale, dacă sunt îndeplinite anumite condiții, cât și persoanelor care suferă de diferite tipuri de tulburări. Oamenii normali pot fi hipnotizați în proporție de 100%. Bolnavii psihici pot fi și ei hipnotizați, dar mai greu. De asemenea, deficienții mintal pot fi cu greu hipnotizați, iar unii nevrotici se dovedesc a fi subiecți mai dificili (după Lankton și Lankton, 1983).

Deoarece hipnoza reprezintă o modalitate de comunicare și de identificare a concentrării interne, putem spune că orice subiect care este socializat poate fi hipnotizat. Erickson sublinia și faptul că hipnoza reprezintă o formă specială de relație interpersonală. El arată că pentru inducerea transei este necesară o anumită cooperare din partea subiectului, deși uneori această cooperare se poate ascunde în spatele unei atitudini superficiale de respingere a hipnozei. Din acest motiv, afirmăm că oamenii nu pot fi hipnotizați împotriva voinței lor.

Erickson este partizanul inducției indirecte: atenția subiectului este captată prin intermediul instrucțiunilor paradoxale și metaforelor și prin *utilizarea* comportamentului actual. Mecanismul transei presupune realizarea disocierii dintre instanțele conștiente și cele inconștiente. Erickson este de părere că hipnoza nu are efecte nocive. Cu toate acestea, el a fost conștient de faptul că unele aspecte ale personalității hipnotizatorului pot declanșa la subiect un comportament de tip isteric. Aceste efecte țin însă de personalitatea hipnotizatorului, nu de procesul hipnozei.

Caracteristicile hipnozei ericksoniene

◆ *Hipnotizatorul trebuie să manifeste încredere deplină în ceea ce face,* iar acțiunile sale trebuie să aibă un caracter congruent;

◆ *Caracterul indirect și fundamentarea socială a limbajului hipnotic.* Așa cum am mai subliniat, hipnoza reprezintă o modalitate de comunicare interpersonală. Erickson obișnuia să utilizeze sugestiile *indirecte,* administrate într-o manieră colocvială (utiliza cuvinte specifice limbajului de zi cu zi).

Comenzi clasice	Comenzi ericksoniene
1. Stai jos și închide ochii.	1. Poți să stai liniștit și să închizi ochii?
2. Concentrează-te asupra relaxării și urmărește vocea mea.	2. N-ai dori să te concentrezi asupra relaxării sau poate ai dori să asculți vocea mea?
3. Nu te mișca.	3. Vei observa că dacă dorești să te miști, poți s-o faci, dar o vei face foarte ușor.

Se poate constata faptul că instrucțiunile din coloana stângă invită subiectul la rezistență, oricât de cooperant ar fi acesta. Celălalt tip de comenzi este permisiv și reduce rezistențele. De asemenea, Erickson era atent să aleagă astfel cuvintele încât ele să exprime o gândire pozitivă și să stimuleze inteligența clientului său.

El avea grijă să nu ofenseze clientul, excepție făcând acele situații rare în care o ofensă era utilizată ca o intervenție terapeutică menită să șocheze subiectul.

Trebuie evitați termenii care fixează atenția clientului asupra unor aspecte negative, cum ar fi: rezistență, blocaj, impas etc.

◆ *Disocierea conștient-inconștient.* Metoda de inducție a lui Erickson presupune modalități diferite de adresare pentru planul conștient și pentru cel inconștient, autorul punând la baza proceselor de natură inconștientă activitatea emisferei cerebrale drepte.

Emisfera stângă (Stare de veghe)	**Emisfera dreaptă (Transă)**
Nivel lingvistic	Pantomimică
Nivel logic-gramatical	Nivel kinestezic
Nivel rațional	Nivel muzical
Nivel abstract	Nivel vizuospațial
Nivel direct	Nivel intuitiv
Focalizarea atenției	Nivel perceptiv-sintetic
Efort voluntar	Activitate spontană
	Activitate difuză
	Stare confort

Erickson utilizează anecdote și sugestii indirecte pentru a face pe clienți să se comute de la modelul lor dominant de procesare, bazat pe activitatea emisferei cerebrale stângi.

Erickson spunea, adesea, referitor la mecanismele inconștiente: „Noi știm mai mult decât credem că știm".

Inducția cuprinde:

- Orientarea clientului în direcția transei;
- Fixarea și stabilirea raporturilor;
- Crearea disocierii conștient-inconștient;
- Instalarea și adâncirea transei;

- Stabilirea unui cadru de referință pentru învățare;
- Utilizarea stării de transă pentru scopuri clinice;
- Reorientarea spre starea normală de veghe.

◆ Orientarea clientului în direcția transei

Clienții au nevoie de fi orientați psihologic și intelectual în direcția transei.

Orientarea psihologică implică, de regulă, doar interogarea clientului dacă a mai fost sau nu în transă vreodată și cum a trăit transa respectivă. Discuția se va centra în jurul transei trecute, pe baza căreia se va putea construi noua transă. În cursul procesului rememorării vechii stări, mecanismele psihologice implicate vor fi activate. Hipnoterapeutul va remarca posibila relaxare musculară, clipitul și chiar micromișcări de levitație a brațului sau degetului, mișcări pe care le poate amplifica, încurajând intrarea în transă.

Chiar în cazul în care clientul afirmă că nu a fost niciodată în transă, acesta poate fi interogat la ce anume se așteaptă. Clienților de acest tip li se pot descrie unele experiențe familiare care seamănă cu transa, cum ar fi, de pildă, lectura unui roman pasionant care face ca subiectul să se detașeze de ceea ce este în jur.

Este indicat să se înceapă transa cu o discuție în legătură cu credințele clientului cu privire la ceea ce este hipnoza. Astfel, hipnoterapeutul își va da seama despre prejudecățile și credințele negative pe care le are clientul cu privire la hipnoză.

Informațiile greșite creează anxietate, disconfort și, adesea, tind să slăbească relația terapeutică.

Trebuie înlăturate, mai ales, următoarele prejudecăți cu privire la hipnoză:

- Hipnoza este o stare stuporoasă în care clientul își pierde autocontrolul;
- Subiectul va fi extrem de vulnerabil și va face ceea ce nu dorește să facă;
- Subiectul nu se va mai trezi din transă;
- Dacă transa este încununată de succes, subiecții se vor comporta ca niște roboți;

- Hipnoza este lucrarea diavolului (prejudecata cel mai dificil de înlăturat tocmai pentru că este cea mai iraţională)!

Subiecţii se pot îndoi de realitatea transei pentru că au rămas conştienţi de ceea ce se petrece în jur.

◆ Fixarea atenţiei şi stabilirea raporturilor

Maniera ericksoniană de stabilire a raporturilor cu subiectul implică aşa-numita „intrare în rezonanţă cu acesta”:

- Adresarea în limbajul clientului, ceea ce înseamnă că terapeutul va folosi aceleaşi cuvinte „cheie” pe care le utilizează şi clientul;
- Utilizarea metaforelor pentru a realiza o mai bună intrare în rezonanţă;
- Copierea expresiei faciale, poziţiei, tonului vocii şi a ritmului respiraţiei clientului;
- Se porneşte de la aceste elemente pentru *a ghida* clientul.

Datorită aplicării acestor tehnici, în hipnoterapia ericksoniană transferul are loc mult mai rapid. Drept consecinţă, pot fi comunicate mai repede mai multe idei şi pacientul învaţă într-o perioadă mai scurtă de timp.

Pentru a capta atenţia pacientului, Erickson utilizează o metaforă plină de suspans, mister şi surpriză. O dată captată atenţia clientului, acesta va fi capabil să dezvolte un nou sistem de referinţă, sistem ce va putea fi utilizat în rezolvarea problemelor sale. Relaţia, o dată stabilită, va servi ca bază pentru crearea stării de confuzie care va realiza disocierea conştient-inconştient. Astfel, de pildă, Erickson putea începe astfel: „Îţi voi povesti ceva care s-a petrecut în copilăria ta...”.

Ideea că terapeutul se va referi la copilăria clientului despre care el nu ştie nimic, îl nedumereşte pe acesta, fapt ce creează surpriză şi captează atenţia.

Terapeutul poate continua în felul următor:

„Să scrii literele alfabetului este o sarcină foarte grea, nu-i aşa? Îl faci pe e, trebuie să desenezi bucla lui b etc....”.

Se constată că terapeutul nu minte, deoarece ceea ce spune el s-a petrecut cu adevărat în copilărie. Surpriza iniţială este înlocuită cu curiozitatea: „Oare unde vrea să ajungă terapeutul?”.

◆ Disociere conştient-inconştient

Reamintim faptul că inducţia de tip ericksonian se realizează într-o manieră anecdotică, metaforică şi naturală.

Exerciţiu de disociere a planului conştient de cel inconştient
(S. Lankton şi C. Lankton, 1985, p. 147)

Mentalul tău conştient	Legătură cauzală	Mentalul tău inconştient
ascultă vorbele mele	şi	face altceva
poate fi interesat să înveţe ceva	şi	este interesat în ceea ce este
poate avea dubii	şi	dezvoltă o linie de gândire
poate fi curios	şi	nici măcar nu este interesat
operează linear	şi	gândeşte în mod global
nu va face lucruri prea interesante	în timp ce	va face multe lucruri pentru tine
este interesat în profunzimea transei	în timp ce	are propriile sale idei cu privire la ceea ce îţi trebuie
se poate concentra asupra unui singur obiect	în timp ce	învaţă foarte mult
nu ştie unde vor ajunge lucrurile	în timp ce	face ca lucrurile să se petreacă în interesul său
sortează, clasifică, aşază în sertare	în timp ce	înţelege contextul
poate fi uşor distras	pentru că	subconştientul tău va descoperi ceva mai târziu
se poate mira de unele lucruri	pentru că	conţine o magazie de cunoştinţe, vise, posibilităţi
este orientat spre situaţia de moment	şi în acelaşi timp	acţionează în favoarea ta

Prezentăm în cele ce urmează un model de instructaj de tip disociativ (după Erickson; cit. S. Lankton şi C. Lankton, 1985, p. 147).

„Mentalul tău inconştient ştie mai mult decât ştii tu". Mentalul conştient îşi dă seama şi este orientat în raport cu situaţia de moment. Astfel, este conştient de prezenţa mesei, bibliotecii, telefonului, lucruri care nu au nici o legătură cu venirea ta aici. Dar inconştientul tău face abstracţie de toate aceste lucruri neînsemnate şi acordă atenţie doar cuvintelor mele şi propriilor sale reacţii. Multe din lucrurile pe care le gândim la nivelul subconştientului nostru se desfăşoară fără ştiinţa noastră...".

◆ Instalarea şi adâncirea transei

Comunicarea rezultată din alterarea „pattern"-ului de atenţie al subiectului şi disocierii instanţelor psihice reprezintă un semn că transa este deja instalată.

Terapeutul continuă astfel:

„În timp ce îţi vorbesc, respiraţia ta se modifică, tensiunea ta se modifică, muşchii tăi se relaxează. Închide ochii şi bucură-te de starea de confort în care te afli. Cu cât te simţi mai confortabil, cu atât vei intra într-o transă tot mai adâncă...".

◆ Stabilirea cadrului propice pentru a învăţa ceva în timpul psihoterapiei

Erickson încuraja învăţarea indiferent de modalităţile prin care aceasta are loc în timpul procesului terapeutic.

Instructajul poate suna astfel:

„În starea de transă vei lăsa inconştientul tău să exploreze vasta magazie de date pe care le-ai acumulat în timpul vieţii. Ai multe cunoştinţe pe care le-ai acumulat fără să ştii.

Multe din aceste cunoştinţe care au fost importante pentru mentalul tău conştient au alunecat acum la nivel inconştient...".

În loc de termenii „să lucrăm asupra materialului", „să rezolvăm situaţia" sau „să actualizăm materialul", *Erickson* preferă termenul de învăţare, pe care o înţelege ca pe o sarcină de ordin general de adaptare la cerinţele vieţii.

◆ Utilizarea transei în vederea schimbării

Utilizarea transei în scopuri clinice presupune luarea în considerare a personalităţii privite ca un tot unitar şi nu doar simpla reducere de simptome prin sugestii directe, pentru că sugestiile directe vor aduce clientului doar o uşurare momentană, vor accentua relaţia transferenţială şi vor accentua reprimarea conflictului generator de simptome.

Erickson utiliza în scopuri clinice următoarele strategii:

a) Utilizarea sugestiilor indirecte pentru a declanşa schimbarea;

b) Utilizarea unor metafore şi anecdote cu rol terapeutic pentru a stimula resursele clientului şi pentru a ilustra schimbarea;

c) Furnizarea unor explicaţii, a repetării în plan imaginar şi a unor prescripţii terapeutice pentru activarea resurselor clientului.

Mai ales în ultimii săi ani de activitate, *Erickson* le spunea din ce în ce mai rar pacienţilor ce trebuie să facă (în mod direct).

Erickson utiliza, atunci când considera necesar, şi tehnici clasice ale hipnozei, cum ar fi: sugerarea amneziei, regresia de vârstă, distorsionarea percepţiei timpului, sugerarea unor halucinaţii pozitive şi negative, sugestii posthipnotice.

◆ Reorientarea clientului spre starea de veghe

Erickson spunea că circulă de multă vreme legenda cu privire la imposibilitatea trezirii subiectului din starea de hipnoză, dar că acest lucru nu este adevărat.

Desigur, există clienţi care, din dorinţa de a manipula pe terapeut –, pot insista să rămână un timp mai îndelungat în transă. În aceste situaţii, sugestii adecvate cum ar fi, de pildă, prescrierea de simptom, pot rezolva repede problema.

Revenirea se poate face prin instrucţiuni de tipul următor:

„Poate conştientul tău a învăţat ceva sau nu a învăţat mare lucru de la inconştientul tău. Mă întreb dacă el poate să înveţe să te familiarizeze din nou cu lucrurile care te înconjoară aici în cabinet?"

sau

„Inconştientul tău va trezi curiozitatea conştientului în legătură cu modalitatea de a ieşi din transă".

MODEL DE INDUCȚIE COMPLETĂ (DUPĂ ERICKSON)

E: Ce înțelegi prin inducție clasică?

S: Atunci când cineva îți spune că te va hipnotiza. Cred că asta e cea mai bună definiție (râde!), care se spune tipului de transă, în care putem să cădem atunci când oamenii ne vorbesc.

E: Nu ai vrea să-ți potrivești mai bine scaunul? E bine așa. Stai sprijinit, așază brațele pe coapse și privește înainte. Nu te mișca. Nu vorbi. Îți voi povesti ceva care s-a petrecut în copilăria ta, atunci când ai mers pentru prima dată la școală și a trebuit să înveți literele alfabetului. Ți se părea o sarcină teribil de grea! Toate literele acelea cu forme diferite. Îți aduci aminte cum îl scriai pe e, apoi pe t sau pe i sau cum făceai bucla la b sau codița la p sau câte picioare avea litera m?

Treptat ți-ai format imaginea mentală a fiecărei litere. Sunt multe imagini, pentru că literele au forme și mărimi diferite. În cele din urmă, imaginile mentale ale literelor s-au fixat undeva în creierul tău și lor li s-au adăugat imaginile unor persoane, cuvinte, cifre sau obiecte și chiar a unor idei.

Fără să fii conștient de aceasta, tu formai imagini mentale.

În timp ce îți vorbesc ți s-a modificat ritmul respirator, ți s-a modificat tensiunea și tonusul muscular. Mușchii tăi s-au relaxat. Închide ochii și caută să trăiești starea de confort, relaxare. Cu cât te simți mai bine, mai confortabil, cu atât vei intra într-o transă mai profundă.

Iar în starea de transă vei putea lăsa mentalul tău inconștient să supravegheze numărul mare de cunoștințe pe care le-ai acumulat în decursul vieții tale. Ai adunat multe cunoștințe chiar fără să-ți dai seama. Multe cunoștințe, care sunt foarte importante pentru conștientul tău, au alunecat în inconștient sau au început să-ți fie folositoare în mod automat. Ele sunt folosite doar la timpul potrivit, doar în situația potrivită.

Să înveți a merge a fost o sarcină foarte dificilă, dar ai reușit să înveți acel lucru. Acum nu mai știi exact cum mergi pe stradă, cum miști picioarele, brațele, când trebuie să mergi încet. Nu mai ști cum miști capul atunci când traversezi, dar el se mișcă corect la

stânga și la dreapta atunci când traversezi o intersecție. Faci o serie de mișcări corecte, chiar dacă pe stradă nu sunt mașini.

Și atunci când ai învățat să conduci mașina, ți se părea o sarcină dificilă să frânezi în intersecții, atunci când circulai cu 30 km la oră. Dar pe măsură ce ai devenit expert în conducerea auto, poți frâna ușor, chiar dacă te deplasezi cu 60, 70, 80 sau 90 km la oră. La timpul potrivit, la locul potrivit, cu presiunea potrivită, poți să frânezi fără să smucești. Și nici măcar nu știi cum faci asta, atunci când apreciezi corect distanța.

Nu știi ce percepție a mișcării sau ce vedere periferică îți spune ce trebuie să faci. Dacă eu stau pe bancheta din față, în timp ce tu conduci mașina, voi ști dinainte cu câteva secunde ce viraje vei face, dacă vei vira la dreapta sau la stânga, după limbajul corpului tău. Eu voi ști aceste lucruri chiar înainte ca tu să-ți dai seama de ele.

Mentalul tău inconștient știe mai mult decât știi tu. Mentalul tău conștient își dă seama și este orientat în raport cu situația de moment. În felul acesta, îți dai seama de birou, de bibliotecă, de locul telefonului și de alte lucruri, care nu au nici o legătură cu venirea ta la cabinet. Dar mentalul tău inconștient ignoră toate aceste elemente nesemnificative și acordă atenție doar vorbelor mele și propriilor sale reacții.

Majoritatea gândurilor care se petrec în mentalul nostru inconștient au loc fără știrea noastră. Viteza gândului este la fel cu viteza electricității. Există bilioane de celule nervoase care sunt permanent în acțiune și tu ai timp să devii conștient doar de o mică parte dintre procesele care se desfășoară în creierul tău. Un simplu stimul poate extrage din inconștientul tău o multitudine de gânduri, care aparent nu sunt legate între ele...

Așa cum am mai subliniat, Erickson face distincția între inducerea hipnotică în stil clasic, care este ritualistă și repetitivă, aceeași tehnică fiind aplicată oricărui pacient și inducția naturală, în cadrul căreia sunt utilizate trăsăturile personalității pacientului și comportamentul acestuia pentru a facilita intrarea în transă.

În abordarea bazată pe utilizare, atenția pacientului se fixează asupra unor aspecte ale comportamentului sau personalității sale în vederea obținerii unei focalizări interioare.

◆ Acceptarea şi utilizarea comportamentului manifest al pacientului

Terapeutul acceptă comportamentul şi sistemul de referinţă propriu pacientului (lumea lui subiectivă).

Exemplu: o pacientă s-a oferit voluntară pentru o demonstraţie de hipnoză. Erickson i-a cerut să se aşeze cât mai comod pe scaun. Pacienta a cerut voie să-şi aprindă o ţigară şi a început să fumeze într-un stil meditativ, urmărind fumul de ţigară. Terapeutul a început inducţia de la această situaţie, dând sugestii în legătură cu inspiraţia şi expiraţia, apoi în legătură cu senzaţia de uşurinţă cu care pacienta ducea ţigara la gură şi apoi cobora lent braţul înapoi. Pacienta a intrat într-o transă uşoară, înainte de a termina ţigara. Apoi s-au administrat sugestii de relaxare, somn şi că în timp ce va dormi, ea va continua să se bucure de senzaţia plăcută pe care i-o oferă fumatul.

Sugestiile administrate s-au referit la: plăcere, senzaţie de uşurinţă, satisfacţie interioară, senzaţia de a fi pe deplin absorbită în acţiunea de a fuma, senzaţia de confort, fără nevoia de a se preocupa de stimulii externi etc.

Iată deci că terapeutul a utilizat pentru inducţia hipnotică comportamentul de a fuma.

În cadrul altui exemplu, un bărbat de 30 de ani a intrat în cabinet şi a început să se plimbe încoace şi încolo afirmând că el nu poate vorbi despre problemele sale atunci când stă jos sau e culcat.

Pacientul a fost refuzat de mai mulţi terapeuţi care l-au acuzat de lipsă de cooperare. El a cerut să se aplice hipnoterapia, dacă este posibil, deşi anxietatea sa era atât de mare încât el nu putea sta locului.

Terapeutul i-a adresat următoarea întrebare: „Eşti dispus să cooperezi cu mine, în timp ce continui să te plimbi prin cabinet?"

Apoi, terapeutul i-a cerut pacientului să-i permită să participe şi la mersul prin cabinet, dirijându-i puţin paşii. Apoi terapeutul i-a sugerat să meargă şi înapoi, la dreapta şi la stânga, spre bibliotecă sau spre uşă. Iniţial, instrucţiunile au fost administrate într-un tempou care urmărea paşii. Treptat tempoul a fost redus şi ulterior s-a modificat şi conţinutul sugestiilor: „acum te deplasezi la dreapta, faţă de scaunul pe care vei sta, apoi la stânga, faţă de scaunul pe care vei sta, mergi direct spre scaunul pe care vei sta etc.... mergi spre scaunul în care te vei aşeza confortabil". Pacientul a început să meargă tot mai încet, până când s-a aşezat pe scaun şi a intrat în transă.

Valoarea tehnicii utilizării constă în demonstrarea pentru pacient a faptului că acesta este acceptat integral şi că terapeutul îl poate controla, indiferent de comportamentul său.

◆ Utilizarea situaţiilor de urgenţă (criză)

Situaţiile de urgenţă induc în mod inevitabil starea de transă. Cheek şi Le Cron (1963) au arătat cum multe probleme somatice şi nevrotice pot fi produse datorită unor remarci nepotrivite, făcute în timp ce persoanele se aflau în stare de stres acut (transă şi sugestibilitate crescută).

Rossi povesteşte cum fetiţa lui, Roxana, în vârstă de 3 ani a venit plângând pentru că s-a lovit la genunchi. Lovitura era mult prea neînsemnată pentru a necesita terapie. Atunci, mama i-a spus copilului că o s-o sărute şi durerea va dispărea, iar genunchiul se va vindeca imediat, ceea ce s-a şi întâmplat.

Micuţul Allen (fiul lui Rossi), în vârstă de 7 ani, a căzut pe nişte cioburi şi a venit urlând acasă. Tatăl i-a spus utilizând afirmaţiile repetitive: „Şterge sângele cu prosopul de baie, nu cu cel de mâini; foloseşte prosopul de baie, nu pe cel de mâini etc. Acum strânge bine piciorul cu prosopul, strânge bine piciorul cu prosopul... strânge-l bine. Strânge-l bine, bine de tot şi acum hai la maşină să mergem la doctor".

În cabinetul doctorului i s-a explicat copilului că rana nu e prea mare şi că acum el va trebui să observe cum doctorul suturează rana. Copilul a spus că vrea să i se facă 100 de cusături, mult mai multe decât surorii sale Betty! Atenţia sa fiind distrasă de la durere şi disconfort, copilul a suportat intervenţia fără anestezie.

◆ Utilizarea realităţilor interioare ale pacientului

Presupune utilizarea pentru inducţie nu numai a comportamentului manifest, ci şi a gândurilor, sentimentelor şi experienţelor subiectului.

Procedura constă în a cere sau a permite subiectului să-şi exprime liber gândurile, sentimentele, opiniile. Apoi, acesta este încurajat să realizeze cu voce tare speculaţiile despre modul cum ar arăta gândurile şi sentimentele sale dacă el s-ar afla în transă. În timp ce pacientul realizează acest lucru sau protestează, spunând că îi este imposibil să facă aşa ceva, afirmaţiile sale sunt repetate de către terapeut, ca şi cum acesta din urmă ar dori să înţeleagă mai bine sau să-i confirme afirmaţiile. Se cer şi mai multe comentarii de la pacient, care sunt parafrazate de terapeut.

Astfel, de pildă, un pacient se prezintă la cabinet şi afirmă că a pierdut 3 ani cu psihanaliza şi încă un an cu hipnoterapia. „Nici măcar nu am putut intra în transă, deşi m-am străduit. Am fost trimis la dvs. deşi nu văd rostul. Probabil va mai fi încă un eşec. Nu mă pot imagina intrând în transă. De fapt, nici nu ştiu bine ce înseamnă transa.

Iată ce spune terapeutul în dialog cu pacientul:

– Nu poţi ştii ce înseamnă de fapt transa?
– Nu, nu pot!
– Da, nu poţi!
– O stare psihologică, bănuiesc!
– O stare psihologică, bănuieşti, ce altceva poate fi?
– Nu ştiu!
– Tu chiar nu ştii?
– Nu, nu ştiu!
– Nu ştii, dar te întrebi, te gândeşti, te gândeşti.
– Mă gândesc!
– La ce te gândeşti, ce simţi, ce trăieşti?
– Nu ştiu.
– Dar poţi să-ţi închipui.
– E ca atunci când dormi?
– Nu, te simţi *relaxat, liniştit, somnoros!*
– Chiar relaxat?
– Relaxat, obosit, destins, somnoros! etc.

Această tehnică se potriveşte mai ales pentru pacienţii anxioşi, care se simt nesiguri de faptul că li s-ar impune ceva. Procedeul le creează iluzia că sunt conştienţi de fiecare etapă a procedurii.

◆ Utilizarea rezistenţelor pacientului

Concepţia nefericită cu privire la relaţia dominanţă-supunere în hipnoză este probabil cauza principală a rezistenţelor la hipnoză.

De multe ori, rezistenţele active nu sunt altceva decât modalităţi inconştiente pe care le foloseşte subiectul pentru a testa dacă hipnoterapeutul este dispus să facă o jumătate de pas în direcţia lui, în loc să încerce să-l forţeze să se supună integral ideilor sale.

Astfel, de pildă, un subiect de sex feminin s-a oferit voluntar pentru o demonstraţie de hipnoză. Pacienta s-a aşezat pe scaun într-o poziţie rigidă şi provocatoare. Terapeutul a făcut remarca, pe un ton conversaţional, că hipnoza nu presupune neapărat relaxare sau comportament automat şi că hipnoza poate fi indusă la un subiect care doreşte acest lucru prin acceptarea comportamentului acestuia. Pacienta a reacţionat la aceasta ridicându-se şi întrebând dacă nu ar putea fi hipnotizată şi în picioare. La întrebarea ei, terapeutul a formulat următoarea întrebare sugestivă: „De ce nu am demonstra că acest lucru este posibil?"

Erickson spunea că rezistenţele reprezintă o expresie a individualităţii pacientului. Sarcina terapeutului este să înţeleagă, să accepte şi să utilizeze această expresie a individualităţii pacientului, pentru a-l ajuta să-şi depăşească limitările învăţate şi să-şi atingă obiectivele.

Unui subiect care nu este receptiv la tehnica levitaţiei braţului i se poate spune:

„Curând, braţul tău drept sau poate braţul tău stâng va începe să se ridice sau poate va apăsa tare pe coapsă sau poate nu se va mişca deloc. Vom aştepta să vedem ce anume se va întâmpla. Poate că arătătorul va începe să se mişte sau poate degetul tău mic. Nu este important, dacă braţul tău se ridică sau apasă mai tare în jos sau nu se mişcă deloc, ci capacitatea ta de a simţi ce se petrece cu braţul tău...".

În felul acesta, subiectul îşi va manifesta rezistenţa într-un mod constructiv şi în direcţia cooperării.

Prezentăm în cele ce urmează şi alte modele de inducţie hipnotică, aparţinând unor autori de orientare ericksoniană.

INDUCȚIE HIPNOTICĂ SIMPLĂ (GODIN, 1992)

Inducția se realizează prin aceea că terapeutul nu face decât să însoțească sugestii cu caracter contextual.

Într-un caz de tetanie (1984), pacienta este o tânără femeie care lucrează ca secretară. Ea a fost trimisă la psihoterapie de un coleg psihiatru pentru crize spectaculoase de tetanie care aveau loc de mai multe ori pe săptămână. Ea se simțea handicapată, deoarece nu mai avea curajul să se îndepărteze de casă sau de locul ei de muncă.

După o ședință de hipnoză, pacienta s-a simțit mai bine timp de 7–8 luni, după care a solicitat să i se administreze o ședință de hipnoză modernă, deoarece se temea ca stările de rău să nu reapară. După ședința de hipnoterapie de tip ericksonian, ea s-a decis să plece în S.U.A. și să înceapă o viață nouă.

Redăm mai jos protocolul ședinței (Godin, 1992):

Terapeutul: „Acum am să vă rog să vă așezați *confortabil,* pentru că doar atunci când cineva stă *confortabil,* el poate să coboare în interiorul propriului său eu.

(Sugestii minimale care implică faptul că va urma o ședință de hipnoză. Cunoștințele sugerate evocă și facilitează relaxarea).

O să vă aduceți aminte de un moment *agreabil,* când v-ați simțit *bine,* ați făcut o călătorie sau v-ați simțit *bine* în momentul acela. Veți retrăi, de exemplu, ceea ce s-a întâmplat de-a lungul unei zile. Vă reamintiți cum v-ați trezit, ce ați făcut atunci... eu nu am nevoie să cunosc detaliile... vă veți aminti atmosfera de atunci, chiar mirosurile, peisajele, zgomotele, veți regăsi starea de *bine,* stare care se împrăștie în tot corpul dvs. Corpul și mintea încep să funcționeze tot mai bine, la un nivel mai înalt. Veți fi tot mai curioasă să descoperiți ce anume se va întâmpla, ce anume veți descoperi. Regăsiți senzația generală de *plăcere, încredere, destindere, de bine interior* pe care ați trăit-o împreună cu prietenii. Vă imaginați că vă revedeți prietenii, le revedeți fețele, le auziți vocea. Auziți zgomotele, dacă există zgomote, acestea se includ în visul dumneavoastră. Important este să simțiți bine, să vedeți bine..."

(Este vorba de o inducție în cadrul căreia subiectul este ghidat să retrăiască o amintire. În timpul interviului preliminar, tânăra femeie a vorbit despre călătoriile pe care le-a făcut sau pe care ar fi dorit să le facă. Cuvintele ambigui facilitează evocarea călătoriei imaginare. Se remarcă importanța pe care terapeutul o acordă anumitor cuvinte – subliniate. Acestea se pronunță altfel și, în felul acesta, se transformă în sugestii contextuale).

„...puteți rămâne cu ochii deschiși, chiar fără să vedeți... dar puteți lăsa ochii și să se închidă, dacă ei doresc să se închidă... dacă ochii se închid de la sine, este de asemenea *bine.* Nu aveți nimic special de făcut, decât să retrăiți atmosfera, să regăsiți senzația *de confort, de relaxare, de bine interior...*

(Aluzia cu privire la închiderea ochilor va facilita închiderea acestora, dacă nimic nu se opune la aceasta. Starea de hipnoză este posibilă și cu ochii deschiși în măsura în care subiectul este capabil să se detașeze de mediul exterior. Pauză prelungită).

„Poate că vă vedeți mergând și, în același timp, vedeți peisajul cu o vegetație diferită de a noastră... vedeți un peisaj puțin ireal, exotic, surprinzător și simțiți întreaga bucurie de a fi descoperit ceva nou, ceva ce nu ați cunoscut încă, de a fi pătruns într-un domeniu cu totul nou, unde pătrundeți *însoțit, calm.* Vă simțiți departe de lume, de grijile ei. Poate că inima dvs. bate mai tare datorită stării de excitație sau poate că bate mai încet pe măsură ce vă *relaxați* aici; pentru că puteți să vă aflați, în același timp, aici și acolo puteți auzi vocea mea, fără să mă ascultați, pentru că sunteți pur și simplu *absorbită* de această călătorie și uitați tot restul.

(Sub pretextul sugerării unor detalii legate de călătorie, terapeutul utilizează metafore legate de situația hipnotică: ideea de exotic, de surprinzător și, în același timp, de liniște).

„Peste câteva momente vă voi cere să reveniți ușor, aici, lângă mine, ca să putem vorbi de această primă experiență! Voi număra până la 5 și veți reveni treptat și ușor: 1..., 2..., 3..., 4..., 5.

(În cazul unui subiect necunoscut, este indicat ca terapeutul să culeagă cât mai repede informații referitoare la cele trăite de acesta). Terapeutul va utiliza această stare ca pe o resursă.

Vă veți simți eficientă, stăpână pe sine, dar pe un fond *de încredere, siguranță, bine interior.* Acesta este primul pas pe care-l facem împreună. Bine! Vă simțiți foarte bine corpul și tot ce e în jurul său... (Perioada posthipnotică mai păstrează încă urmele hipnozei. Terapeutul continuă strategia precedentă).

P: Da, dar în mod curios, corpul meu... simte parcă ceva care trece prin el, fără să știu ce este de fapt.

T: „Vom merge mai departe în direcția asta, dacă doriți. Ceea ce pot să fac eu, este doar să vă ajut să lăsați propriul dvs. inconștient să se exprime. Inconștientul este partea cea mai importantă a propriei dvs. ființe, este aceea care vă conduce toate automatismele... Iar dacă această parte a eului dvs. nu-și face datoria, este din cauză că este blocată de alte lucruri, cum ar fi, de pildă, stresul. Trebuie să redăm inconștientului dvs. locul său. În sensul acesta lucrez cu dvs.".

(Terapeutul se exprimă în termeni de disociere. Referirea la automatisme nu este gratuită, ci reprezintă o sugestie cu caracter terapeutic).

„Chiar dacă simțiți lucruri surprinzătoare, o să vă explic, la timpul potrivit, că acestea sunt normale. Este vorba doar de ceea ce se petrece în capul dvs., în inconștientul dvs. atunci când auziți cuvintele mele. Totul poate intra în armonie, dacă doriți, pentru că totul depinde de ceea ce este în mintea dvs. Dacă starea pe care o trăiți este surprinzătoare, aceasta se întâmplă pur și simplu pentru că ați relaxat mecanismele de control și, în felul acesta, ceea ce se petrece în mintea dvs. se traduce în limbajul trupului.

Deși acest lucru este amuzant și surprinzător, nu aveți de ce să vă îngrijorați, ci, dimpotrivă. Pentru mine, această stare pe care o trăiți este un test care îmi arată că inconștientul și-a regăsit locul său".

(În acest paragraf, se reiau explicațiile care se dau, în general, înaintea ședinței de hipnoză. Cuvântul surprinzător va pregăti continuarea).

„...atunci, dacă vă simțiți bine, ne reîntoarcem? „Nu trebuie să vă mișcați, nu trebuie să vorbiți, ci pur și simplu să așteptați ca organismul dvs. să-și regăsească un anumit echilibru... să acționeze

de la sine, să lase automatismele să lucreze, așa cum respirația se desfășoară fără participarea dvs. Acum puteți ignora toate zgomotele, tot ce vă deranjează, cum ar fi lătratul câinelui, pe care îl puteți integra în visul dvs., puteți ignora totul pentru că știți că puteți să ignorați, să uitați anumite lucruri. Uneori este un lucru rău să uiți, să ignori, dar alteori este un lucru bun și este bine să ne amintim doar acele lucruri care ne sunt utile și să ignorăm, să uităm tot restul.

(Sugestiile, prin care se spune subiectului că nu are nimic de făcut, sunt utile pentru a declanșa o atitudine pozitivă. Aici apar sugestiile terapeutice simple, pentru că este evident că crizele de tetanie sunt amplificate de proiecții mentale în viitor. Din acest motiv se administrează sugestii de ignorare și uitare. Terapeutul se adresează clientului: „tu nu înțelegi ce se întâmplă, tu nu înțelegi ce facem noi aici, tu nu înțelegi...!).

„Știți foarte bine că puteți căuta seara soluția unei probleme de matematică, fără să o găsiți și să descoperiți că soluția vă vine dimineața de la sine. În acest caz, inconștientul a lucrat pentru dvs., fără să știți. Acest program al inconștientului poate să lucreze în continuare pentru dumneavoastră. Dificultățile pe care le întâlniți nu știți cărui fapt se datorează, pentru că mintea dvs. conștientă nu este în stare să rezolve problema, pentru că nu poate examina decât o singură idee de-o dată și adesea acest lucru nu este suficient.

Dimpotrivă, intuiția dvs. inconștientă poate s-o facă și de aceea lăsați inconștientul dvs. să preia comanda, pentru că în felul acesta veți găsi soluția la problema dvs. Poate că această soluție o să vă apară ca evidentă la un moment dat, poate că nu o să vă apară deloc sau poate că veți începe să vă comportați în așa fel încât să rezolvați problema chiar fără să vă dați seama. Toate acestea se vor petrece de la sine, fără participarea dvs., iar acest program trebuie să continue să se deruleze și după ce ședința noastră s-a încheiat."

Introducerea metaforei elementare

„Dumneavoastră nu mă ascultați, pentru că ceea ce spun eu nu este interesant, ci continuați să călătoriți, simțind *confortul* și

încrederea, tonusul muscular este perfect adaptat, sunteți în același timp alertă și relaxată, regăsiți tonusul potrivit unei zile de vacanță. Acum veți învăța să folosiți toate aceste lucruri învățate. Inconștientul dvs. va face apel la aceste resurse interioare pentru a regăsi, ori de câte ori este nevoie, această stare de *bine interior,* de funcționare *ușoară,* de satisfacție a descoperirii și de interes.

Veți păstra această stare și după ce experiența noastră va lua sfârșit, iar în privința problemelor dvs., le veți rezolva, una câte una, zi după zi, ținând seama de împrejurări, având în vedere ceea ce vă oferă viața, profitând de ocazii, atunci când le veți găsi utile. Vă veți organiza fiecare zi, așa cum face toată lumea și veți găsi satisfacții în aceasta.

Vă simțiți foarte bine în cursul acestei călătorii și nu vă lăsați descurajată de mine. Eu doresc să verific ceva, dar dvs. continuați să călătoriți (Terapeutul ridică brațul pacientei și acesta rămâne în catalepsie).

„Pot să se petreacă unele lucruri în timpul acestei călătorii, dar poate că nici nu vă aflați în acea călătorie, poate că vă aflați în alt vis și poate că în câteva momente vă veți afla în viitor, simțindu-vă *încrezătoare, destinsă.* Va fi un viitor pe care *îl stăpâniți* perfect, pe care îl puteți vedea, pe care îl puteți simți. Pot să se petreacă cu dvs. lucruri ca în timpul unui vis, iar dacă în corpul dvs. se petrec lucruri surprinzătoare, dacă se petrec mișcări în degete sau în alte zone, sau dacă o mână devine grea sau ușoară, totul este perfect normal. Lăsați-vă pur și simplu dusă, continuând să vă trăiți amintirile, visele, călătoriile, fără să fiți deranjată". (Terapeutul ridică complet brațul pacientei și acesta rămâne în catalepsie. Cuvintele care urmează sunt necesare pentru a oferi asigurări subiectului). „Fiți atentă la tot ce simțiți în propriul corp, greutate sau senzație de ușor, poate chiar senzații bizare, ca și cum propriul braț nu v-ar mai aparține. Toate acestea nu au nici o importanță. În câteva momente veți permite brațului dvs. să coboare, dar aceasta se va întâmpla pentru că inconștientul dvs. a înțeles foarte bine cum poate să vă ajute, cum poate găsi soluții pentru a vă fi de folos. Atunci când brațul dvs. a coborât, vă veți afla din nou aici, în cabinet, destinsă, odihnită, perfect stăpână pe propria persoană.

Inconștientul dvs. a înțeles acest mod de a lucra, acest mod de a căuta soluții și fără să vă preocupați, brațul va coborî ca de la sine, liniștit. Atunci când brațul va ajunge din nou la locul său, vă veți simți foarte bine, destinsă și odihnită, veți fi din nou aici. Veți inspira și veți expira adânc și vă veți mișca, dacă simțiți nevoia.

(Brațul coboară. Pacienta devine orientată în timp și spațiu. Se freacă la ochi și își freacă mâinile).

T: Ați făcut aceeași călătorie sau alta?

(Pauză. Pacienta lasă senzația că trăiește o stare de perplexitate.)

T: Este amuzant. Am făcut aceasta doar pentru a afla în ce stare vă aflați.

P: De fapt nu am făcut nimic deosebit.

T: Nu ați făcut nimic, dar ați fost în altă parte.

P: Mi-e imposibil să-mi identific mâna dreaptă și mâna stângă.

T: Da, dar asta nu are importanță. Ați văzut cum brațul se mișca singur?

P: L-am simțit cum se mișca fără să fac nimic. Nu eu am mișcat brațul.

T: A fost o parte din dvs. pe care o numesc inconștient. Aceasta nu este partea voluntară, pe care o deconectăm provizoriu, pentru a lăsa lucrurile să se desfășoare.

Puteți utiliza cele învățate ca un exemplu de relaxare. Puteți să vă relaxați timp de 5 minute. Este suficient să vă reamintiți ceea ce am făcut împreună.

O dată ce subiectul a reușit să intre în transă, terapeutul va utiliza sugestiile terapeutice în scopul rezolvării problemei subiectului. Acestea reprezintă modalitatea de a folosi starea de transă pentru a comunica instrucțiuni cu caracter terapeutic.

Multă vreme s-a crezut că dacă se sugerează un anumit lucru unei persoane hipnotizate, aceasta va fi obligată să execute „orbește" ceea ce i se comandă. Realitatea a dovedit că acest lucru nu este adevărat, persoana aflată în stare de hipnoză comportându-se liber. Astfel, inconștientul poate refuza sugestia administrată, o poate accepta parțial sau în totalitate. În același timp, în starea de transă

hipnotică subiectul are acces mai uşor la resursele sale interioare, care se vor mobiliza pentru a realiza vindecarea.

Hipnoterapia tradiţională utilizează frecvent sugestii directe de tipul următor:

„Durerea de cap dispare complet şi pentru totdeauna"

„Hemoragia se opreşte imediat"

„Vasele de sânge sunt relaxate şi liniştite" etc.

Utilizarea acestor sugestii dă rezultate bune la unii subiecţi, la care putem obţine pe această cale dispariţia cefaleei, oprirea unei hemoragii sau scăderea tensiunii arteriale.

Cu toate acestea, există cazuri în care comunicarea prea directă conduce la activarea rezistenţelor subiecţilor. Din acest motiv, Milton Erickson utiliza în psihoterapie, mai ales, sugestiile indirecte.

Astfel, de pildă, în loc să spunem subiectului aflat în hipnoză: „închide cartea şi du-te să bei un pahar de suc", am putea sugera ceva de tipul următor: „Atunci când citeşti o carte interesantă, fruntea ta se încălzeşte uşor... Este o senzaţie plăcută şi confortabilă... Şi ai dori să mai savurezi pentru un timp această stare, ...să fumezi o ţigară... să bei un pahar de suc... sau să faci altceva... Nu ştiu dacă îţi vei oferi această plăcere acum sau poate după ce mai citeşti 2–3 pagini, pentru că amânarea unei plăceri o face şi mai mare..." (Meggle, 1990, p. 122).

HIPNOZA ERICKSONIANĂ ÎN COMBATEREA DURERII

Roxanna Erickson Klein (1990), fiica marelui psihoterapeut Milton Erickson, consideră că durerea reprezintă un fenomen care face parte din existenţa noastră. Aceasta reprezintă o problemă, este neplăcută, dar poate fi ameliorată şi nu trebuie să ne distrugă viaţa.

Milton Erickson (1967) a pus la punct 11 tipuri de intervenţii terapeutice în stare de hipnoză pentru combaterea durerii.

Aceste intervenţii aplicate în hipnoză reprezintă mijloace ajutătoare care se adaugă demersurilor medicale şi psihoterapeutice, specifice fiecărui pacient în parte şi cu care formează un tot unitar.

Înainte de a începe să lucreze cu un pacient care are dureri, psihoterapeutul trebuie să obţină informaţii în legătură cu procesele fiziologice şi fiziopatologice care stau la baza apariţiei durerii, precum şi în legătură cu medicaţia administrată şi cu efectele acesteia.

În absenţa acestor informaţii, hipnoterapeutul poate acţiona negativ asupra mecanismelor de apărare, precum şi asupra procesului de vindecare. Din acest motiv, hipnoterapeutul trebuie să se integreze armonios în cadrul echipei terapeutice care lucrează cu pacientul.

Un aspect foarte important pe care trebuie să-l avem în vedere, atunci când lucrăm pentru a diminua durerea, constă în a-i învăţa pe pacienţi să detecteze semnalele dureroase, care au menirea de a-l pune în gardă în legătură cu evoluţia procesului patologic, semnale care capătă un caracter mai discret atunci când se acţionează asupra durerii.

O altă problemă o reprezintă individualizarea intervenţiei psihoterapeutice, în funcţie de situaţia şi de personalitatea fiecărui pacient.

PROCEDEE HIPNOTICE DE CONTROL A DURERII (DUPĂ MILTON ERICKSON, 1979)

♦ *Sugestii directe.* Acestea sunt valabile pentru un număr limitat de pacienţi şi chiar dacă acţionează eficient, acţiunea lor nu este de durată. Iată câteva exemple de astfel de sugestii:

„Durerea dispare complet din zona X".

„Nu trebuie să mai simţi nimic în zona X".

♦ *Abordarea hipnotică indirectă cu caracter permisiv.* Aceste sugestii sunt similare în conţinut cu cele directe, diferenţa constând doar în modalitatea în care informaţia este oferită. Aceasta poate fi o metaforă sau orice altă tehnică indirectă de sugestionare, ca de pildă:

„Nu ar fi bine să-ţi imaginezi că piciorul tău se odihneşte pe o saltea de puf?" (Roxanna Erickson, 1990).

♦ *Amnezia post-hipnotică.* Se poate sugera amnezia parţială selectivă sau completă cu privire la episodul dureros, mai ales atunci când pacientul trebuie să continue tratamentul care îi creează

disconfort. Acest fenomen are loc uneori şi în mod spontan, atunci când pacienţii se lasă absorbiţi de evenimente externe, cărţi, filme sau competiţii sportive.

♦ *Analgezia hipnotică.* Prin sugestii directe se poate sugera senzaţia de amorţeală în zona respectivă. În mod indirect, se vor evoca imagini care să sugereze faptul că subiectului i se pun cuburi de gheaţă, că pe zona respectivă curge un şuvoi de apă rece, că poartă mănuşi de protecţie etc.

Se poate, de asemenea, focaliza atenţia pacientului pe o senzaţie plăcută, de confort, în membrul sau organul pereche.

♦ *Anestezia hipnotică.* Anestezia reprezintă procesul de abolire completă a durerii.

Milton Erickson (1967) considera că cea mai bună metodă indirectă de inducere a anesteziei constă în construirea unei situaţii psihologice opuse celei în care se trăieşte durerea.

Roxanna Erickson (1990) relatează cazul unui subiect căruia îi fusese strivit piciorul şi care avea dureri în muşchi, tendoane şi în articulaţia genunchiului. Acesta s-a relaxat şi şi-a imaginat că piciorul său, fiind serios lovit, are şi nervii afectaţi şi, drept urmare nu are cum să-l doară. Rezultatul a fost că subiectul a suportat foarte bine intervenţia de aplicare a aparatului ghipsat şi nu a avut dureri nici zilele următoare.

♦ *Substituţia de simptom.* O modalitate frecvent utilizată de Milton Erickson şi de discipolii acestuia constă în sugerarea faptului că durerea se transformă în mâncărime. În felul acesta şi conţinutul emoţional asociat durerii se modifică prin modificarea modului în care este percepută durerea.

♦ *Deplasarea senzaţiei de durere.* În stare de hipnoză se sugerează faptul că senzaţia de durere se mută în altă zonă a corpului. Milton Erickson (1967) citează cazul unei paciente cu cancer metastazat la care a indus hipnoza şi i-a sugerat că durerea din zona abdomenului se deplasează în mâna stângă. Prin comutarea atenţiei în altă zonă a corpului, pacienta va dobândi un sentiment de autocontrol, iar ameninţarea, legată de o parte centrală a corpului va fi redusă prin intermediul distanţei.

♦ *Disocierea hipnotică.* Dezorientarea în raport cu timpul şi cu propria persoană poate produce subiectului un sentiment de confort psihic. Pacientul poate fi orientat în timp spre o etapă timpurie a bolii, când durerea nu era atât de puternică.

Dezorientarea în raport cu propriul corp se referă la sugerarea faptului că pacientul se separă de corpul său (este ca în cazul dedublării din practicile ezoterice).

♦ *Reinterpretarea în stare de hipnoză a experienţelor dureroase.* Pentru a realiza această reinterpretare, pacientul trebuie să fie pe deplin conştient la început de durerea sa.

Milton Erickson (1967/1980) a propus o serie de sugestii pentru a transforma o experienţă dureroasă foarte puternică într-un disconfort moderat. Astfel, de pildă, durerea profundă, tăioasă şi sâcâitoare a fost transformată de terapeut într-o experienţă neplăcută de balansare într-o barcă pe marea furtunoasă.

♦ *Distorsionarea timpului în hipnoză.* Tehnica a fost elaborată iniţial de Lynn Cooper şi a fost apoi perfecţionată de Cooper şi Milton Erickson în cadrul lucrării *„Distorsionarea timpului în hipnoză"* (1959).

Procedeul implică manipularea timpului subiectiv, pacienţilor sugerându-li-se să trăiască intervalele nedureroase ca fiind mai lungi, iar cele dureroase ca fiind mai scurte. Această metodă se utilizează, de regulă, împreună cu sugerarea amneziei pentru durerile suferite în trecut.

♦ *Diminuarea gradată a senzaţiilor dureroase.* Pacientului aflat în hipnoză i se administrează sugestii de reducere progresivă a durerii, la început cu 1% pentru următoarea oră, apoi tot mai mult.

CONCRETIZAREA SIMPTOMELOR ŞI MANIPULAREA LOR TERAPEUTICĂ ÎN TERAPIA ERICKSONIANĂ

Metoda concretizării simptomelor îşi are originea în lucrările lui Milton Erickson (1980 a).

Sydney Rosen (1990) a utilizat această tehnică cu pacienţi aflaţi în stare de hipnoză cărora le-a sugerat, de pildă, „să lase" în

cabinetul terapeutului problemele-simptom. Astfel, pacienţilor li s-a spus că vor lucra împreună cu terapeutul asupra problemelor profunde care îi deranjează, iar în intervalul dintre şedinţele de psihoterapie, pacienţii vor trebui să-şi desfăşoare existenţa cât mai confortabil, fără să se gândească la problemele respective.

Procesul concretizării şi manipulării simptomelor se explică prin faptul că subiecţii hipnotizaţi iau adesea „ad literam" cele spuse de terapeut (Milton Erickson, 1980 b).

Un studiu mai recent realizat de McCue şi McCue (1988) a demonstrat faptul că această tendinţă spre literalism depinde şi de modul în care au fost formulate sugestiile. Astfel, subiecţii lui Milton Erickson au luat lucrurile „ad literam" pentru că terapeutul se aştepta la acest lucru, cunoscut fiind faptul că subiecţii aflaţi în hipnoză au tendinţa de a reacţiona în funcţie de ceea ce ei consideră a fi expectaţiile terapeutului.

În orice caz, pacienţii aflaţi în hipnoză au, probabil, datorită particularităţilor transei hipnotice, capacitatea de a reacţiona la nivel concret, asemănător cu deficienţii mintali sau cu unii psihotici.

Rosen (1990) este de părere că, în beneficiul terapiei, se poate testa capacitatea de a reacţiona la nivel concret.

Se poate cere, de pildă, subiectului să-şi imagineze o culoare sau o formă care este asociată cu un simptom sau cu o particularitate a acestuia.

Procesul de concretizare este facilitat şi de ghidarea pacientului spre concentrarea pe detalii specifice diferitelor modalităţi senzoriale.

O dată ce subiectul a reuşit să concretizeze simptomul, această abilitate va fi utilizată în scop terapeutic. Simptomul, o dată concretizat, va putea fi modificat sub aspectul formei, culorii, localizării, funcţiei etc. Astfel, un pacient cu dureri de cap, aflat în hipnoză, va putea vizualiza durerea sa de cap sub forma unei bile de culoare roşie, bilă care se rostogoleşte de pe vârful unui deal, departe de capul acestuia. Tendinţa spre concretizare s-a manifestat în mod spontan de-a lungul timpului, aceasta fiind specifică unor procedee magice, de vindecare sau de autoprotecţie, cum ar fi

„bătutul în lemn", purtarea de amulete, talismane sau în acţiunile întreprinse de şamani sau vrăjitori.

Rosen (1990) este de părere că simbolizarea şi concretizarea sunt procese foarte asemănătoare, diferenţa dintre ele fiind doar cantitativă.

Autorul a avut o pacientă care avea tendinţa să-şi concretizeze trăirile chiar în afara hipnozei. Pacienta se simţea distrusă, deoarece fusese respinsă de un băiat care îi plăcea. Terapeutul i-a cerut să închidă ochii şi să observe ceea ce vede şi ceea ce simte, la care aceasta a relatat că vede cuvântul „love" (dragoste) spart în două: silaba „ve" s-a desprins de silaba „lo" şi a căzut. Pacienta a afirmat că se simte tristă, lipsită de speranţă, inertă. Terapeutul i-a sugerat apoi să repare mental cuvântul „love" şi foarte repede pacienta a început să se simtă mai bine.

Concretizarea simptomelor dă rezultate foarte bune la pacienţii ce suferă de depresie, fobii, anxietate sau dureri, deoarece mulţi dintre aceşti pacienţi au tendinţa de a descrie în termeni concreţi suferinţele lor: un pacient deprimat va descrie faptul că poartă o greutate pe umeri sau că se simte încolţit, iar un pacient anxios afirma că „se simte prins într-o capcană".

În cursul procesului terapeutic, terapeutul nu trebuie să creeze imagini noi, ci doar să acţioneze asupra imaginilor elaborate de pacient. Atunci când concretizarea simptomelor nu are loc în mod spontan, terapeutul va interveni în mod direct, solicitând pacientului să se concentreze asupra simptomului său:

„În timp ce te concentrezi asupra durerii tale, poţi să-mi spui ce formă are ea, sau ce culoare?"

„Durerea ta se mişcă sau rămâne neclintită?"

„Simţi căldură sau răcoare?"

„Ce imagini îţi vin în minte când te gândeşti la ea?".

Ulterior, terapeutul va crea reprezentări prin intermediul cărora durerea, exprimată în imagini concrete, este plasată într-o rachetă sau în nacela unui balon care se depărtează, este îngropată sau arsă etc.

Se pot utiliza şi tehnici de programare neurolingvistică (N.L.P.) prin intermediul cărora se poate reduce în plan mental luminozitatea

unei imagini sau se poate trece de la o culoare foarte vie la o culoare estompată.

La fel ca şi în cazul unei situaţii fobice, unde un cuvânt sau o imagine poate produce panica, la fel, prin asociere, un cuvânt sau un obiect concret va putea declanşa reacţii adaptative (La fel ca în cazul obiceiului de a „bate în lemn" pentru a îndepărta o situaţie ameninţătoare).

Astfel, de pildă, pacienţilor care suferă de atacuri de panică li se poate da instructajul să ia contact cu propriul lor eu interior, apropiind palmele una de cealaltă. În felul acesta pacientul utilizează propriul său corp ca pe o resursă concretă. Elementele din mediul înconjurător pot fi utilizate şi ele în calitate de resurse pentru concretizare. Aerul poate fi trăit ca exprimând linişte, pace, calm şi acest lucru este foarte util în terapia tulburărilor anxioase, a fumatului sau în orice situaţie în care este bine să sugerăm subiectului că introduce un element în corpul său, după modelul: „Inspiră calm, energie, vigoare etc."

În acelaşi timp, a bea apă reprezintă un act care poate fi asociat cu senzaţiile de relaxare, împlinire, purificare.

Cea mai bună modalitate de a descoperi resursele care vor contribui la înlăturarea sau înlocuirea simptomului constă în a solicita subiectul să caute în interiorul său elemente aparţinând învăţării inconştiente, întorcându-se în timp la perioada când se simţea în siguranţă, destins, liniştit, încrezător.

Imaginile care îi vin în minte pacientului vor fi utilizate ca declanşatoare posthipnotice pentru stările pozitive programate de terapeut: senzaţia de linişte, care îi apare în minte unei paciente când îşi aminteşte cum se juca în copilărie cu păpuşa, poate fi transferată asupra unui alt obiect cu care pacientul vine în contact în prezent.

Concretizarea resurselor este un procedeu util şi la pacienţii cu cancer sau alte afecţiuni grave. Forţele imunostimulatoare sau forţele de vindecare pot fi vizualizate sub forma unor animale (rechini albaştri) sau ca raze laser. Cancerul, la rândul său, poate fi vizualizat ca un animal sălbatic ce trebuie îmblânzit, mâncat de un alt animal mai mare sau redus, datorită acţiunii unor raze laser. Monstrul

(tumora) poate fi transformată, în imaginaţie, prin procedee tehnice sau magice într-un animal mai slab sau într-unul neagresiv. În acelaşi timp, este bine ca substanţele injectate în cursul chimioterapiei să fie vizualizate în sens pozitiv ca fiind laptele care hrăneşte sau „fluide vindecătoare".

Prezentare de caz (Rosen, p. 264)

Pacient cu durere abdominală.

Terapeutul: „Ce culoare îţi vine în minte atunci când te concentrezi asupra durerii tale? Roşu? Gândeşte-te la un obiect sau la mai multe obiecte care sunt colorate în roşu!".

Pacientul: „Un pix".

T: „Un pix roşu? Are şi pastă roşie?".

P: „Da!".

T: „Imaginează-ţi că iei pixul roşu şi scrii cu roşu cuvintele pace, confort. Sau poate preferi să mâzgăleşti până când pasta roşie se termină?

Atunci când pasta roşie s-a terminat, ar fi bine să te întrebi: Oare nu a dispărut şi durerea din abdomenul meu, o dată cu pasta roşie? Când vei simţi mai puţină durere, ridică degetul arătător drept.

Atunci când vei fi gata, vei putea ieşi din transă şi vei lăsa în urma ta pixul roşu şi durerea. De acum încolo vei scrie numai cu cerneală albastră şi te vei simţi învăluit într-o culoare albastră, liniştitoare. Aruncă toate problemele care te-au supărat într-o gaură neagră. Trebuie să fii convins că vei reuşi. Meriţi să fii fericit. Nu scrie nicăieri că nu vei reuşi, iar dacă scrie, noi putem şterge. Poţi înlocui cele scrise cu alte lucruri bune, scrise în cerneală albastră!".

T: (După ce pacientul a ieşit din transă) „Cum te simţi acum?".

P: „Bine. Nu mă mai doare!".

T: „Şi nu am lucrat decât 10 minute!".

P: „Mi-a fost tare rău înainte!".

Tehnica de concretizare a simptomelor este o tehnică utilă, dar ea nu reprezintă decât unul din multiplele procedee terapeutice, care pot fi utilizate în cadrul unui demers psihoterapeutic mai complex.

Capitolul 5

PSIHOTERAPIA CONSTRUCTIVISTĂ

Psihoterapia constructivistă se referă la un model psihoterapeutic strategic elaborat de N a r d o n e (1996) şi care se aplică în special în tratamentul tulburărilor anxioase, mai ales fobice.

Programul de psihoterapie propus cuprinde un ansamblu de tehnici, prin intermediul cărora terapeutul produce o modificare în organizarea relaţională, cognitivă şi emoţională care stă la baza formulării şi menţinerii fobiilor simple şi generalizate.

Tratamentul psihoterapeutic este de scurtă durată, rezultatele acestuia putând fi evaluate imediat.

Tehnica terapeutică propriu-zisă se referă la modificarea percepţiilor şi reprezentărilor pe care le are clientul cu privire la propria persoană, la lumea externă şi la ceilalţi, mai precis este vorba de restructurarea schemelor relaţionale care susţin şi validează trăirile cu caracter fobic.

Procedeele utilizate se caracterizează prin claritate, precizie şi caracterul controlat al rezultatelor, care pot fi apreciate în mod obiectiv nu numai de terapeut, ci şi de client.

Obiectivul pragmatic al psihoterapiei constă în destructurarea modalităţilor de adaptare şi a soluţiilor patologice elaborate de pacient, care au drept scop punerea în acţiune a unor mecanisme defensive, de apărare împotriva anxietăţii.

În elaborarea metodelor şi tehnicilor sale, N a r d o n e se bazează mai ales pe studiile şcolii de la Palo Alto, reprezentată în special de W a t z l a w i c k şi W e a k l a n d, precum şi de cele ale lui M i l t o n E r i c k s o n, care utiliza adesea în psihoterapie aşa-numita „hipnoză fără transă" (S a l v i n i, 1996).

Modelul psihoterapiei constructiviste reprezintă un demers ştiinţific, deoarece se caracterizează prin transparenţă, posibilitatea de verificare publică a rezultatelor şi concordanţa dintre supoziţiile teoretice şi metodele de intervenţie psihoterapeutică aplicate asupra subiectului.

Pentru a înţelege bazele teoretice cognitiv-constructiviste care stau la baza acestui sistem psihoterapeutic, autorul porneşte de la concepţia lui B a t e s o n (1972), conform căreia convingerile noastre, de regulă neconştientizate, cu privire la lumea exterioară, determină modul nostru de a acţiona în lume şi, la rândul său, modul nostru de a simţi şi de a acţiona influenţează convingerile şi concepţiile despre lume şi viaţă.

Psihoterapia strategică urmăreşte să producă modificări în ceea ce priveşte modalităţile în care oamenii şi-au construit „realităţile" disfuncţionale. Pentru a reuşi acest lucru, primul pas pentru terapeut înseamnă înţelegerea şi adoptarea stilului de gândire al pacientului şi abia apoi, pornindu-se de la această „rezonanţă" psihoafectivă se poate trece la mobilizarea resurselor interioare ale subiectului.

Criteriul de validare al psihoterapiei îl reprezintă, conform acestei orientări pragmatice, reducerea sau dispariţia simptomelor.

În urma aplicării modelului terapeutic, elaborat de N a r d o n e (1996) pe un număr de 52 de pacienţi suferind de tulburări obsesive şi fobice, s-au obţinut rezultate pozitive în 86% din cazuri, într-un timp relativ scurt (14 şedinţe de psihoterapie).

Principiul intervenţiei terapeutice constructiv-strategice poate fi ilustrat într-un mod sugestiv de o povestire specifică tradiţiei islamice:

„La moartea sa, Ali Baba a lăsat drept moştenire 39 de cămile celor 4 fii ai săi. Testamentul prevedea următoarele: o jumătate din cămile va reveni fiului celui mare, un sfert celui de-al doilea, o optime celui de-al treilea şi o zecime mezinului.

Cei patru fii nu puteau cădea de acord asupra împărţelii şi s-au pus pe ceartă. Problema a fost rezolvată de un înţelept care călătorea pe o cămilă şi care, atras de zgomot, a intervenit în dispută. Acesta a descoperit soluţia într-un mod aproape magic: el a adăugat propria cămilă celor 39 şi a făcut împărţirea pornind de la 40 de cămile. În

felul acesta, fratele cel mare a primit 20 de cămile, al doilea 10, al treilea 5, iar cel mai mic 4. Apoi înțeleptul a încălecat pe cămila sa și-a plecat mai departe" (E i g e n, 1990, p. 40).

Înțeleptul oriental a rezolvat problema adăugând ceva ce era absolut necesar pentru moment, dar care, o dată soluția găsită, nu mai era util.

În același mod, tratând un pacient fobic, terapeutul adaugă un anumit element în conținutul comunicării pentru a găsi în mod rapid și eficient soluția, element care își pierde semnificația o dată cu dispariția simptomului.

Acest gen de intervenție nu este decât aparent magică, ea bazându-se pe un demers structurat de rezolvare de probleme, demers ce constă în adaptarea creativă la împrejurări pentru a sparge cercul vicios al comportamentelor psihopatologice auto-alimentate.

DEFINIREA ȘI DESCRIEREA FORMELOR GRAVE DE ANXIETATE, PANICĂ ȘI FOBIE

N a r d o n e (1996) este de părere că termenii respectivi ar trebui explicați mai bine, deoarece în mod frecvent ei sunt utilizați pentru a descrie un număr mare de realități psihologice și comportamentale, explicate în mod diferit de către diverși teoreticieni.

Astfel, un psihanalist va explica anxietatea ca fiind efectul unei psihotraume nerezolvate din copilărie, un comportamentalist, ca pe o formă de comportament învățat, un terapeut de familie ca pe un produs al unei interacțiuni familiale disfuncționale, iar un experențialist va considera anxietatea ca expresia angoasei omului în fața existenței.

Abordările descrise ne amintesc de metafora indiană care descrie patru orbi care ating un elefant. Fiecare dintre ei atinge o parte diferită din trupul elefantului și susține cu tărie că partea descrisă de el reprezintă „adevărul" cu privire la structura elefantului (cel care atinge trompa spune că elefantul este ceva lung și elastic, cel care îl atinge pe o latură spune că elefantul reprezintă o masă uriașă de carne și piele etc.).

Psihoterapia constructivistă nu este de acord cu abordări teoretice de tipul celor prezentate mai sus. Conform acestei perspective, problemele umane sunt considerate ca un produs al interacțiunii dintre subiect și realitate. Sistemele complexe de reprezentări și constructe cognitive cu privire la propria persoană și la lumea externă elaborate de subiect capătă, la subiecții care suferă de tulburări anxioase, forme disfuncționale.

Psihoterapeuții care îmbrățișează această orientare sunt interesați să afle cum funcționează problema-simptom și nu motivul pentru care aceasta a apărut.

Tulburările anxioase obsesive și fobice sunt diagnosticate pe baza interviului clinic direct cu pacientul.

Pentru a evita realizarea unor profeții autoîmplinite, terapeutul utilizează, pentru a desemna simptomele respective, termenul de „problemă" și nu de boală psihică. În acest mod se poate construi mai ușor o realitate psihoterapeutică orientată în direcția găsirii soluției.

CLASIFICAREA TULBURĂRILOR FOBICE DUPĂ D.S.M. III.R. (1987) (NARDONE, 1996, p. 43)

Criterii de diagnostic:

1. Sindromul atacului de panică:

a) Subiectul trăiește unul sau mai multe atacuri de panică. Acestea survin brusc, sunt imprevizibile, au durată limitată și nu sunt direct legate de expunerea la situații care produc în mod obișnuit anxietate sau de situații în care persoana este observată direct de către altcineva.

b) Pentru a diagnostica sindromul atacului de panică, subiectul trebuie să fi suferit cel puțin patru atacuri ce corespund criteriului de mai sus și care au avut loc în decurs de aproximativ patru săptămâni sau să fi trăit unul sau mai multe atacuri, urmate de aproximativ o lună, în care subiectul manifestă o teamă persistentă legată de faptul că s-ar putea produce un nou atac.

c) În cursul atacului de panică, pacientul trebuie să prezinte cel puțin patru din simptomele următoare:

- dificultăți de respirație (dispnee) sau senzație de sufocare;
- amețeli, senzație de instabilitate sau de leșin;
- palpitații (tahicardie);
- tremurături sau spasme musculare;
- transpirație;
- senzație de strangulare;
- greață sau jenă în regiunea abdominală;
- sentimente de derealizare sau depersonalizare (senzația că nu mai este aceeași persoană și că lumea s-a modificat);
- amorțeli, furnicături (parestezii);
- bufeuri de căldură sau senzația de frig;
- dureri sau jenă la nivelul toracelui;
- teama că va muri;
- teama că va înnebuni sau că va comite un act necontrolat.

d) Cel puțin patru din simptomele menționate au apărut brusc și s-au accentuat în următoarele zece minute.

e) Nu poate fi stabilită o cauză organică a tulburării (ca, de pildă, o intoxicație cu amfetamină, cofeină sau hipertiroidie).

Formele clinice ale atacului de panică:

Formă ușoară: toate atacurile care au avut loc în cursul ultimei luni s-au caracterizat prin mai puțin de patru simptome.

Formă moderată:

⇒ în cursul ultimei luni toate atacurile s-au caracterizat printr-un număr limitat de simptome;

⇒ în ultima lună, gravitatea atacurilor de panică se situează între nivelul de atac ușor și atac sever.

Formă severă: în ultima lună, subiectul a suferit cel puțin opt atacuri de panică.

Remisiune parțială: în ultimele șase luni nu s-a înregistrat nici un atac de panică sau simptome caracteristice acestuia.

2. **Sindromul agorafobic cu atacuri de panică:**

a) Agorafobia: subiectul prezintă teama de a se afla în locuri sau în situații de unde ar fi dificil (sau jenant) să iasă sau în care nu ar putea beneficia de ajutor în caz de atac de panică. Această teamă conduce la reducerea deplasărilor subiectului sau la nevoia ca acesta să fie în permanență însoțit de către altcineva, atunci când se deplasează. În afara casei, subiectul se confruntă cu situații generatoare de agorafobie, fapt ce-i provoacă o anxietate intensă. Aceste situații apar atunci când persoana se află singură în afara locuinței, în aglomerație, la o coadă, pe un pod sau într-un mijloc de transport.

b) Apar tulburări care răspund criteriilor atacului de panică.

Severitatea comportamentului de evitare la agorafobic:

Ușoară: subiectul manifestă un comportament de evitare precis delimitat, având altfel un mod de viață relativ normal (se deplasează singur doar la serviciu sau unde este absolut necesar).

Moderată: evitarea conduce la limitări în modul de viață al subiectului (poate părăsi domiciliul fără a fi însoțit, dar nu poate parcurge mai mult de câțiva kilometri).

Severă: evitarea îl imobilizează total pe subiect la domiciliu, acesta fiind incapabil să se deplaseze neînsoțit.

Remisiunea parțială: subiectul nu mai prezintă actualmente nici un comportament de evitare de tip agorafobic, dar a prezentat astfel de comportamente în ultimele șase luni.

3. **Sindromul agorafobic fără atacuri de panică:**

a) subiectul prezintă comportament agorafobic;

b) nu se înregistrează nici o tulburare specifică atacului de panică.

4. **Sindromul obsesiv-compulsiv:**

a) *Obsesii:*

⇒ Idei, gânduri, impulsuri sau reprezentări recurente și persistente care cel puțin la debutul bolii, sunt resimțite de către subiect ca intruzive și absurde (Exemplu: o mamă poate fi bântuită de ideea obsesivă că își va ucide copilul pe care îl adoră).

⇒ Subiectul depune eforturi susținute pentru a ignora sau pentru a reprima gândurile sau impulsiunile obsesive sau pentru a le neutraliza prin intermediul altor gânduri sau acțiuni.

⇒ Subiectul conștientizează faptul că obsesiile sunt produsul propriei sale închipuiri, nefiindu-i impuse din afară.

⇒ Conţinutul obsesiilor nu este legat de gândurile, impulsiunile sau reprezentările care au declanşat tulburarea (dacă prezintă o tulburare a conduitei alimentare, obsesiile nu vor fi legate de hrană, dacă utilizează o substanţă psiho-activă, obsesiile nu sunt legate de drog etc.).

b) *Compulsiunile:*

⇒ Sunt comportamente repetitive, intenţionale, desfăşurate după reguli bine stabilite, cu caracter stereotip şi reprezintă o reacţie a subiectului la apariţia obsesiei.

⇒ Comportamentele respective au drept scop de a neutraliza sau de a împiedica o senzaţie de disconfort sau o situaţie cu caracter redutabil. Cu toate acestea, activităţile respective nu au legătură logică cu scopul propus (de a preveni sau neutraliza), sau se manifestă în exces.

⇒ Subiectul recunoaşte faptul că ceea ce face el este excesiv sau absurd (acest lucru nu este însă valabil pentru copiii mai mici sau pentru persoanele ale căror idei obsesive sunt suprainvestite, ca în cazul obsesiilor cu conţinut religios).

c) *Obsesiile şi compulsiunile* sunt însoţite de sentimente de disconfort, de o pierdere considerabilă de timp (ocupă o mare parte a zilei) sau interferă, în mod semnificativ, cu activităţile cotidiene ale subiectului, cu cele profesionale sau cu relaţiile sociale ale acestuia.

N a r d o n e (1996) plasează forma fobică a fixării hipocondriace (pe care D.S.M. III.R. o plasează la tulburările psihosomatice) în cadrul tulburărilor care au la bază anxietatea, datorită faptului că investigaţia clinică a evidenţiat la aceşti subiecţi o dinamică perceptivă şi reacţională de tip obsesivo-fobic.

5. **Tulburarea hipocondriacă:**

a) Bolnavul prezintă teama şi convingerea că suferă de o maladie gravă, datorată interpretării eronate a anumitor senzaţii sau simptome fizice, pe care le crede semne ale bolii respective.

Vârsta medie de apariţie a tulburării respective se situează între 20 şi 30 de ani. În general, tulburarea îmbracă o formă cronică cu apariţia şi dispariţia simptomelor, deşi există şi unele cazuri de vindecare. Persoanele care au avut în familie bolnavi, sunt mai

predispuse la acest tip de afecţiune. Situaţiile stresante cu caracter psihosocial influenţează, la rândul lor, apariţia bolii.

b) O examinare somatică minuţioasă nu evidenţiază nici un fel de tulburare organică. Cu toate acestea, pacienţii nu cred ceea ce li se spune şi îşi susţin în continuare convingerea că sunt bolnavi.

c) Teama că suferă de o boală gravă persistă şi după ce medicii au dat toate asigurările subiectului.

d) Simptomele tulburării hipocondriace durează cel puţin şase luni.

Modelul psihoterapeutic propus de N a r d o n e (1996) a fost elaborat în urma unor studii clinice, realizate pe 152 de subiecţi trataţi în cadrul Centrului de Terapie Strategică din Arezzo, în perioada 1988–1990.

FORMAREA ŞI MENŢINEREA TULBURĂRILOR FOBICE

Atunci când oamenii se referă la o problemă psihologică este normal să ne întrebăm de ce a apărut respectiva problemă. La baza acestei atitudini mentale se află un mod de gândire de tip cauzal, conform căruia există totdeauna o relaţie între cauză şi efect. Conform acestei concepţii, cauza precede totdeauna efectul, iar în domeniul psihologic pentru a rezolva o problemă actuală ar fi absolut necesară analiza trecutului subiectului.

Acest mod de gândire a condus la concepţii reducţioniste în psihologie, cum ar fi psihanaliza şi teoriile comportamentaliste.

Ştiinţa contemporană s-a îndepărtat însă de acest model explicativ, adoptând conceptul de cauzalitate circulară.

În mod concret, această orientare se reflectă în atitudinea psihoterapeutului care, întrebat fiind de clienţii săi în legătură cu cauza fobiilor şi obsesiilor, trebuie să le explice faptul că a cunoaşte respectivele cauze nu este nici necesar, nici util pentru a le vindeca.

Mai precis, nu este util să cunoaştem modul în care s-au format şi au evoluat în timp obsesiile şi fobiile, ci modul în care sistemele de percepţii şi reacţii disfuncţionale, în raport cu anumiţi stimuli, funcţionează în prezent.

Din perspectiva găsirii unor soluții la problemele de viață ale pacienților, terapeutul trebuie să înlocuiască întrebarea „din ce cauză a apărut problema respectivă?" cu întrebarea „cum funcționează procesele psihice pentru a menține problema-simptom?".

N a r d o n e (1996) susține punctul de vedere cognitiv-comportamentalist conform căruia tulburările fobice și obsesive nu se datorează unor psihotraume din copilăria timpurie, nu au o cauză de natură biologică, ele instalându-se, în mod treptat, prin intermediul acumulării progresive a unei tensiuni emoționale induse prin autosugestie, care conduce la „construirea" primului atac de panică. Pornindu-se de la acesta, se elaborează un set de secvențe perceptiv-comportamentale cu caracter disfuncțional. Studiile clinice realizate asupra unui număr impresionant de cazuri au demonstrat că tulburările fobice severe au apărut și s-au complicat treptat, având ca punct de pornire gândurile, îndoielile și reprezentările legate de teama de îmbolnăvire. Aceste gânduri și reprezentări au apărut fie întâmplător, fie în legătură cu trăirea unei situații ușoare, bazate pe o teamă de îmbolnăvire justificată.

În primul caz, gândurile pacientului au fost de tipul următor: „dacă vreodată mă voi simți rău atunci când mă aflu în mulțime sau departe de casă, cine mă va ajuta?... mă voi face de râs..." etc.

Treptat, aceste gânduri cu caracter dubitativ se transformă în adevărate „fixații" agorafobice, subiecții începând să declanșeze comportamente de evitare în raport cu toți stimulii care ar fi putut declanșa astfel de gânduri sau emoții. Mai exact, aceștia încep să se teamă de toate reacțiile fiziologice (tahicardice, dificultăți respiratorii, transpirații, amețeli, confuzie etc.) pe care le declanșează anumite situații de viață.

În cel de-al doilea caz, același proces se declanșează pornindu-se de la un prim episod de teamă cu simptome psihosomatice. Observând faptul că la anumite situații ce produc reacții emoționale puternice, subiecții declanșează comportamentul de evitare a respectivelor situații sau încearcă să-și controleze voluntar reacțiile emoționale, fapt ce conduce la agravarea simptomelor.

Observațiile clinice au evidențiat faptul că formele grave de tulburări fobice au fost declanșate fie de evenimente nesemnificative,

fie doar de simple gânduri dubitative, de tipul: „s-ar putea să mi se facă rău". Se pare că acești subiecți au căzut într-o capcană psihologică la fel ca și miriapodul din povestea lui N a r d o n e și W a t z l a w i c k (1990):

„Gândindu-se la dificultatea de a-și mișca simultan cele 100 de picioare și dorind să controleze modul în care se mișcă acestea, miriapodul s-a găsit în imposibilitatea de a se mai deplasa" (N a r d o n e, 1996, p. 61).

Ceea ce fixează o simptomatologie cu caracter fobic nu este evenimentul inițial, ci ceea ce întreprinde persoana respectivă pentru evitarea anxietății.

Comportamentele pe care le pune în acțiune subiectul pentru a scăpa de teamă reprezintă un fel de soluții „deja încercate" și care nu duc decât la accentuarea, agravarea și generalizarea simptomatologiei. Rezultatul este că persoana va atinge până la urmă stadiul de „neajutorare dobândită" sau de blocaj total. Acest concept de „neajutorare dobândită" a fost studiat de psihologii cognitiviști și desemnează starea patologică în care individul nu mai poate controla evenimentele și situațiile, stare percepută de subiect ca fiind de natură interioară. Consecințele acestei stări sunt: dispoziție depresivă, reacții de teamă acute sau cronice și/sau recurgerea la așa-numitele ritualuri obsesive cu ajutorul cărora subiectul crede că ar putea controla evenimentele de care se teme (S a l v i n i, 1971).

Pentru a clarifica felul în care punerea în acțiune a modului de soluționare a unei probleme nu face decât să mențină problema, vom da un exemplu concret (N a r d o n e, 1996):

O persoană care se teme să iasă singură din casă, va recurge în general la două soluții. Prima soluție va consta în evitarea tuturor situațiilor în care ea s-ar putea afla singură în afara casei. Treptat, acest gen de comportament va conduce la evitarea aproape a tuturor acțiunilor care se desfășoară în afara casei. Acest gen de evitare generalizată va avea drept consecință scăderea pragului de declanșare a fricii, în așa fel încât eforturile, pe care le întreprinde subiectul, pentru a controla situațiile periculoase prin intermediul evitării acestora, nu face decât să sporească frecvența situațiilor

respective în aşa fel încât subiectul va începe să declanşeze atacuri de panică, chiar atunci când se află foarte aproape de casă. Astfel, soluţia deja încercată are un efect retroactiv asupra problemei, complicând-o.

Al doilea tip de soluţie găsită de subiecţii care suferă de tulburări anxioase grave constă în a solicita ajutor din partea anturajului. Aceştia sunt deosebit de inventivi în a construi adevărate reţele, formate din persoane care i-ar putea ajuta în cazul unui atac de panică. Dar, şi această soluţie laborioasă va conduce treptat la agravarea simptomului. Ori de câte ori persoana în cauză solicită sau primeşte un ajutor, ea primeşte, în acelaşi timp, un dublu mesaj:

„te ajut şi te protejez pentru că ţin la tine";

„te ajut şi te protejez pentru că eşti foarte bolnav".

Repetarea continuă a acestui mesaj confirmă tot mai mult „gravitatea" bolii subiectului şi, prin mecanismul „profeţiei autoîmplinite", simptomele sale se agravează.

Astfel, cele două „soluţii deja încercate" de subiectul anxios conduc la instalarea unei secvenţe comportamentale circulare, care îl prind într-un fel de capcană psihologică, în cadrul căreia tentativele de a rezolva problema nu fac decât s-o amplifice (Keeney, 1985).

În acest context, elementul care declanşează formarea sistemului „percepţie-reacţie de tip fobic" (Nardone, 1996) nu are o relaţie cauzală directă cu apariţia simptomului, ci are mai curând un caracter întâmplător, legat de trăirea accidentală a unei stări de teamă reală sau imaginară.

Pentru a sparge „cercul vicios" în care se mişcă subiectul fobic sunt necesare acele intervenţii care au drept scop nu modificarea reacţiilor comportamentale ale pacientului, ci modificarea structurilor cognitive ale acestuia, mai ales a modului lor de percepere a realităţii.

Caracteristicile unei astfel de intervenţii psihoterapeutice sunt următoarele (Nardone, 1996, p. 80):

Intervenţia trebuie să distrugă cercul vicios de tip homeostatic, format între persistenţa problemei şi soluţiile „deja încercate".

Aceasta trebuie să conducă la depăşirea rezistenţelor faţă de schimbare, specifice sistemelor aflate în echilibru homeostatic, fără ca subiectul să-şi dea seama de acest lucru.

Intervenţia terapeutică trebuie să producă modificări concrete în domeniul percepţiei şi reacţiei subiectului în raport cu situaţia anxiogenă.

O dată ce modificarea s-a produs, strategia terapeutică trebuie să-l ajute pe subiect să-şi mobilizeze toate disponibilităţile afective şi comportamentale şi să-i redea acestuia încrederea în forţele proprii.

MODELUL DE PSIHOTERAPIE STRATEGICĂ ELABORAT DE NARDONE (1996)

Modificarea realităţii psihologice rigide, care stă la baza comportamentelor de tip fobic, este dificilă, dar nu imposibilă. Dificultatea constă în aceea că, a găsi o soluţie eficientă, într-un timp relativ scurt, implică dirijarea subiectului într-un astfel de mod încât acesta să-şi modifice, nu numai propriile acţiuni, ci şi modul în care percepe realitatea, iar pentru a realiza acest lucru este necesară modificarea modalităţii în care acesta îşi organizează informaţiile.

Pentru a nu declanşa rezistenţele pacientului, modul de abordare al acestuia trebuie să aibă un caracter indirect, bazat pe utilizarea sugestiilor, instrucţiunilor paradoxale, a capcanelor de comunicare, a reetichetărilor şi a prescripţiilor de tip comportamental.

Prezentăm planul modelului de psihoterapie scurtă, constructivist-strategică, pentru tulburările obsesive şi fobice (Nardone, 1991, p. 62).

Etapa I (prima şedinţă).

Obiective:

1. Definirea problemei şi câştigarea încrederii pacientului.
2. Realizarea unui acord cu pacientul asupra obiectivelor psihoterapiei. Construirea relaţiei psihoterapeutice; întărirea încrederii şi câştigarea colaborării pacientului.
3. Explorarea sistemului perceptiv-reacţional al pacientului şi redefinirea acestuia.
4. Construirea unei ipoteze de intervenţie.
5. Primele acţiuni cu caracter terapeutic.

Strategii:

1. Tehnica „tracing"-ului.
2. Reetichetarea (recadrajul) circulară a problemei.
3. Reetichetarea circulară a sistemului percepție-reacție, precum și a soluțiilor încercate de pacient.
4. Reetichetarea paradoxală.
5. Tehnica bazată pe confuzie.
6. Comunicarea metaforică.
7. Instrucțiunile indirecte (prescrierile indirecte).

Modul de comunicare cu subiectul: limbaj hipnotic (utilizarea hipnozei în afara transei, ascultare activă, sugestii non-verbale și influența personală a terapeutului).

Etapa a II-a (ședințele 2–5)

Obiective:

1. Distrugerea sistemului rigid percepție-reacție și soluții încercate de subiect.
2. Redefinirea primei schimbări.
3. Stimularea altor schimbări progresive.
4. Modificarea modului în care clientul percepe realitatea.

Strategii:

1. Reetichetarea (recadrajul):
   - ⇒ paradoxală;
   - ⇒ provocativă;
   - ⇒ activarea îndoielii.
2. Prescrieri (instrucțiuni) în sfera comportamentului:
   - ⇒ directe;
   - ⇒ indirecte;
   - ⇒ paradoxale.
3. Comunicare metaforică:
   - ⇒ anecdote;
   - ⇒ povestiri;
   - ⇒ aforisme.
4. Redefinirea cognitivă și explicativă a modificărilor obținute.

Comunicarea cu subiectul: limbaj hipnotic (hipnoza în absența transei) și influența personală maximală a terapeutului.

Etapa a III-a (începând cu ședința a șasea)

Obiective:

1. Constatarea prin intermediul experiențelor directe a faptului că subiectul este capabil să depășească problema-simptom.
2. Realizarea progresivă de noi modificări până când sunt atinse obiectivele terapeutice despre care s-a convenit că rezolvă problema.
3. Redefinirea modului în care subiectul percepe relația sa cu sine însuși, cu ceilalți și cu lumea exterioară.
4. Consolidarea achizițiilor obținute.
5. Formarea la subiect a unui sistem de percepție-reacție suplu în raport cu realitatea.

Strategii:

1. Prescrieri directe și indirecte în sfera comportamentului.
2. Reetichetarea.
3. Prevederea paradoxală a recăderilor.
4. Redefinirea explicativă a modificărilor obținute și stimularea subiectului să obțină o anumită autonomie personală.

Comunicarea cu subiectul: limbajul utilizat este din ce în ce mai puțin hipnotic. Se recurge tot mai puțin la rolul influenței personale a terapeutului și a comunicării implicite, în vederea stimulării indirecte a autonomiei personale a subiectului.

Etapa a IV-a

Obiective:

Achiziționarea completă de către pacient a autonomiei personale și a flexibilității sistemului percepție-reacție.

Strategii:

1. Explicarea în detaliu a demersului psihoterapeutic utilizat (redefinirea cognitivă) și clarificarea procesului de schimbare.
2. Responsabilitatea schimbării este atribuită integral resurselor proprii ale pacientului.
3. Comunicarea cu subiectul: total non-hipnotică, dar descriptivă și cu caracter familiar.

STRATEGIA PSIHOTERAPEUTICĂ UTILIZATĂ ÎN CAZUL AGORAFOBIEI

Pentru a sparge rapid cercul vicios bazat pe percepţie-reacţie al agorafobicului, terapeutul va aplica o serie de procedee tactice care se înscriu într-un plan strategic mai general.

La început, terapeutul va pune accent pe modul de destructurare a respectivului cerc vicios, bazat pe soluţiile deja încercate de pacientul agorafobic: evitarea şi solicitarea de sprijin.

Tehnica utilizată constă într-o prescriere indirectă, bazată pe o procedură de tip sugestiv, menită să distragă atenţia pacientului de la simptomul său. Se aplică, de asemenea, şi o reetichetare cu caracter strategic care va avea drept scop utilizarea simptomului (teama) în vederea provocării unei modificări în sfera comportamentală (subiectul va fi astfel direcţionat, încât să se teamă să primească ajutor).

Mai precis, cele două strategii sunt:

1. Orientarea atenţiei spre un element nesemnificativ, în timp ce se realizează o intervenţie esenţială;
2. Utilizarea forţei simptomului pentru anularea acestuia.

Pacientului i se cere să-şi exacerbeze simptomul în mod deliberat în cadrul unei secvenţe psihoterapeutice ritualizate, cu elemente spaţio-temporale precise, în care acesta trebuie să îndeplinească anumite acţiuni prescrise prin intermediul sugestiilor.

Prescrierea simptomului îl va determina, în mod paradoxal, pe pacient să capete control asupra acestuia şi va conduce, în final, la dispariţia sa. După spargerea cercului vicios al comportamentului agorafobic, se va trece la realizarea unor confruntări directe cu situaţiile anxiogene, sub îndrumarea terapeutului. Aceste experienţe vor dovedi pacientului faptul că poate face faţă foarte bine oricărei situaţii, care înainte îi producea teamă.

Confruntarea se realizează iniţial prin intermediul sugestiilor, astfel încât pacientul să intre în situaţia anxiogenă aproape fără să-şi dea seama, realizând faptul că a trecut cu bine proba abia după ce aceasta s-a încheiat. Strategia psihoterapeutică implică, de asemenea, şi activarea disponibilităţilor latente ale subiecţilor.

În finalul terapiei, se dau explicaţii precise legate de modul în care a acţionat aceasta.

În cele ce urmează, prezentăm în detaliu etapele procesului psihoterapeutic.

Etapa I

Prima şedinţă de psihoterapie are o importanţă deosebită pentru pacienţii agorafobici. Aceştia simt o nevoie imperioasă de a-şi rezolva problema şi, din acest motiv, ei sunt extrem de receptivi şi sugestibili, dar, în cazul în care nu au obţinut imediat o confirmare că sunt pe drumul cel bun, ei vor părăsi terapia şi vor recurge la alte soluţii.

Din acest motiv, intervenţia psihoterapeutică trebuie începută cât mai repede, utilizând receptivitatea acestor subiecţi ca pe un instrument al psihoterapiei.

Astfel, după ce a ascultat cu atenţie descrierea problemei pacientului, utilizând un stil de comunicare bazat pe imitaţie şi pe intrarea în rezonanţă cu modalităţile senzoriale de receptare şi prelucrare a informaţiei de către pacient, precum şi cu mimica şi pantomimica acestuia, terapeutul va aplica prima tehnică de intervenţie: reetichetarea în vederea modificării sistemului de relaţii interpersonale, utilizate în mod obişnuit de un pacient fobic, sistem care menţine problema-simptom. Terapeutul va pune accentul pe modul în care îşi percepe un subiect propria realitate şi pe reacţiile sale obişnuite. Pacientului i se va explica faptul că problema sa este cea care îl determină să ceară ajutor de la alte persoane, dar că ajutorul şi suportul venit de la ceilalţi nu pot rezolva situaţia. I se va preciza, de asemenea, faptul că nu trebuie să conteze pe sprijinul din partea celorlalţi şi chiar mai mult, că ajutorul primit este foarte periculos şi poate să-i agraveze starea.

Terapeutul va explica în detaliu, pe un ton sugestiv, modul în care familia şi prietenii pacientului au devenit parte integrantă a comportamentului disfuncţional. Prin intermediul ajutorului acordat, membrii familiei şi prietenii nu fac decât să confirme incompetenţa şi dependenţa pacientului. Se precizează însă că, în momentul de faţă, pacientul nu este încă în măsură să se descurce fără sprijinul altcuiva.

Această reetichetare are rolul de a canaliza teama pacientului într-o altă direcţie, reprezentând, în acelaşi timp, şi o incitare la o reacţie care va contribui la destructurarea sistemului disfuncţional de relaţii interpersonale ale subiectului fobic.

Redefinind ajutorul în termenii unui factor care agravează boala, se va modifica perspectiva pacientului asupra relaţiilor sale interpersonale, care nu vor mai fi privite ca un fel de „colac de salvare", ci ca ceva nociv şi foarte periculos. În felul acesta, va apărea la subiect teama de a fi ajutat. Totodată, forţa simptomului (teama) este reorientată în direcţia distrugerii reţelei de sprijin cu caracter patologic.

Terapeutul va sublinia încă o dată faptul că, indiferent de cele discutate, el nu crede că pacientul nu se poate lipsi total de ajutor din afară în stadiul iniţial al terapiei. În acest caz, se aplică o afirmaţie paradoxală care are rolul de a spori receptivitatea pacientului, care va avea tendinţa de a demonstra terapeutului faptul că se poate dispensa imediat de ajutorul nociv şi că doreşte să colaboreze cu acesta pentru a-şi rezolva problema.

După această primă intervenţie, care ocupă cea mai mare parte a primei şedinţe de psihoterapie, se administrează prima instrucţiune comportamentală, ca temă pentru acasă.

Terapeutul va declara în mod fals că, pentru moment, ne aflăm doar în faza de tatonare şi că sarcina trasată trebuie îndeplinită „ad-literam" pentru a permite o mai bună apreciere a situaţiei. Această stratagemă este utilizată pentru a împiedica pe pacient să încerce să evalueze efectele îndeplinirii sarcinii, pentru că o atenţie prea mare acordată acesteia i-ar putea reduce din eficienţă. Instrucţiunea se administrează în termenii următori: „De fiecare dată când simţiţi că vă cuprinde criza (atacul de panică) şi teama dumneavoastră se accentuează, scoateţi un jurnal din buzunar şi notaţi în detaliu tot ce se petrece. Faceţi cu conştiinciozitate acest lucru, chiar dacă vă cuprinde panica de mai multe ori pe zi. La şedinţa viitoare îmi veţi lăsa paginile completate pentru a putea să le studiez. Jurnalul respectiv este elaborat de terapeut şi cuprinde formulare foarte plicticoase în care pacientul trebuie să noteze data, locul, situaţia, gândurile care îi vin în minte, precum şi simptomele resimţite.

A doua şedinţă începe, de regulă, cu următoarea afirmaţie a pacientului:

„Doctore, îmi cer scuze, dar nu am făcut ceea ce mi-aţi spus, dar, curios lucru, săptămâna trecută nu am avut nici un fel de criză" sau:

„M-am simţit mult mai bine. Am mai avut câteva momente critice, dar, în mod incredibil, în momentul în care notam în jurnal, anxietatea şi stările proaste dispăreau ca prin farmec".

Aproape toţi pacienţii afirmau că în săptămâna care a trecut nu au solicitat nici un fel de ajutor nici de la prieteni, nici de la familie. Se constată astfel că modul rigid al pacientului de a percepe realitatea a fost destructurat, iar reţelele de susţinere în plan psihosocial, care produceau efecte contrare scopului pentru care au fost puse în acţiune, au fost anulate. Metaforic vorbind, „vraja s-a rupt" (N a r d o n e, 1996).

Explicaţia acestui fenomen este următoarea: comutarea atenţiei pacientului de la simptome la sarcina de îndeplinit, a permis pacientului să se detaşeze de soluţiile stereotipe deja încercate. Obligaţia de a nota cu conştiinciozitate gândurile şi evenimentele modifică atitudinea pacientului în raport cu anxietatea.

Sarcina este atât de dificilă încât eliberează psihicul subiectului de teamă. Mai mult, pacientul începe să creadă că solicitarea ajutorului va agrava boala şi, în felul acesta, o stare de teamă este înlocuită cu alta şi mai puternică.

Etapa a II-a

În cursul celei de-a doua şedinţe de psihoterapie, terapeutul ascultă relatarea pacientului şi apoi întăreşte efectul tehnicilor anterior aplicate prin intermediul redefinirii situaţiei:

„Iată că problema dvs. nu este atât de îngrozitoare cum părea, dacă o intervenţie neînsemnată a fost suficientă pentru a modifica situaţia. Cu alte cuvinte, problemele dvs. nu sunt nici insolubile, nici inevitabile. Aşa cum aţi dovedit-o, sunteţi într-adevăr capabil de schimbare". Se insistă asupra acestei redefiniri pe tot parcursul celei de-a doua şedinţe de psihoterapie.

Atunci când sistemul rigid de reacţii disfuncţionale a fost destructurat, terapeutul va întări încrederea pacientului în propriile sale forţe.

Modul de percepere a realităţii pacientului va începe să se modifice de la unul disfuncţional spre unul mai adecvat.

În cazul în care reacţiile pacientului la primele demersuri terapeutice au fost pozitive, se trece la etapa a doua a programului. În caz contrar, se mai administrează indicaţia terapeutică timp de încă o săptămână şi se redefineşte situaţia în cursul celei de-a treia şedinţe de psihoterapie.

În ultimele minute ale şedinţei a doua se administrează o nouă intervenţie comportamentală paradoxală:

„Pentru că în ultima şedinţă de psihoterapie aţi reuşit atât de bine să luptaţi împotriva problemei dvs., vă voi cere să faceţi ceva ce vi se va părea şi mai absurd decât ceea ce aţi făcut până acum. Trebuie, în mod obligatoriu, să îndepliniţi ceea ce vă cer. Cred că v-am câştigat întrucâtva încrederea, nu-i aşa? Presupun că aveţi pe acasă un ceas deşteptător cu o sonerie îngrozitoare. În fiecare zi, la ora la care vom conveni, veţi potrivi acel ceas în aşa fel încât să sune peste o oră. Timp de o jumătate de oră va trebui să vă închideţi într-o cameră, să vă aşezaţi într-un fotoliu, să încercaţi să vă simţiţi cât mai rău şi să vă gândiţi la cele mai rele lucruri în legătură cu problema dvs. Va trebui să vă concentraţi asupra fricilor celor mai teribile, până când vă veţi provoca, în mod voluntar, o criză de panică. Veţi rămâne în starea respectivă timp de o jumătate de oră, până când sună ceasul. În acel moment opriţi exerciţiul, mergeţi la baie, unde vă bărbieriţi (vă spălaţi pe faţă) şi apoi vă reluaţi treburile zilnice".

Această instrucţiune poate avea două tipuri de efecte posibile:

1. „Doctore, nu am reuşit să intru total în rol. Am încercat, dar mi s-a părut atât de caraghios că mi-a venit să râd. Curios lucru, în loc să mă simt speriat, m-am simţit liniştit".
2. „Doctore, am reuşit să fac ceea ce mi-aţi cerut şi am trăit aceleaşi senzaţii pe care le-am avut înainte să vin la dumneavoastră. A fost tare neplăcut şi chiar am plâns la un moment dat. Bine că a sunat ceasul şi totul a luat sfârşit".

Interesant este faptul că cea mai mare parte dintre pacienţii care au avut cele două tipuri de reacţii nu au mai avut nici un atac de panică în afara jumătăţii de oră programate, iar ceilalţi au mai avut momente rare şi scurte de panică, pe care le-au putut controla cu uşurinţă.

În şedinţa următoare, terapeutul ascultă relatarea pacientului şi apoi redefineşte situaţia în termenii unei schimbări benefice. În cazul reacţiei specifice primului tip, se spune:

„Aşa cum aţi avut ocazia să constataţi, problema dvs. îşi pierde din acuitate, atunci când o provocaţi în mod voluntar. După cum probabil ştiţi, psihicul nostru funcţionează uneori în mod paradoxal şi nu în acord cu principiile bunului simţ. Sunteţi pe cale să învăţaţi să nu mai cădeţi în capcana propriei tulburări şi a soluţiilor deja încercate, care nu fac decât să complice problema în loc s-o rezolve".

Pentru reacţia de tipul al doilea, terapeutul se va adresa pacientului astfel:

„Vă felicit! Aţi învăţat să modulaţi şi să modificaţi voluntar simptomele, puteţi la fel de bine să le faceţi să dispară sau să le reduceţi. Cu cât reuşiţi mai bine să provocaţi simptomele timp de o jumătate de oră, cu atât reuşiţi să le controlaţi mai bine tot restul zilei".

Prin intermediul ambelor instructaje, terapeutul intenţionează să întărească încrederea pacientului în posibilitatea schimbării, precum şi faptul că el este pe cale să achiziţioneze noi strategii eficiente, care îl vor putea ajuta în viitor să înfrunte frica.

În felul acesta, pacientul a obţinut dovezi incontestabile cu privire la faptul că ceea ce face el împreună cu terapeutul se dovedeşte eficient, fapt ce contribuie la întărirea colaborării dintre cei doi şi produce alte modificări progresive în ceea ce priveşte modul în care pacientul percepe realitatea.

Terapeutul trebuie să fie foarte atent pentru a atribui meritele schimbării doar capacităţilor pacientului, prezentându-se pe sine doar ca pe un strateg, care utilizează anumite metode ce au menirea de a scoate la lumină disponibilităţi ce există deja în pacient, dar pe care acesta nu a ştiut atunci cum să le utilizeze.

Prin intermediul acestui demers, terapeutul va întări încrederea în competența personală a pacientului și va ameliora imaginea lui despre sine, ceea ce este foarte important pentru pacienții care s-au crezut totdeauna incompetenți, familia și prietenii întărindu-le această opinie.

În același timp, se înlătură și posibilitatea ca intervenția terapeutului să poată fi considerată „magică".

După câteva săptămâni, situația s-a modificat în mod radical, simptomele invalidante dispărând la majoritatea pacienților. Cu toate acestea, pacienții nu pot fi considerați încă vindecați. În această etapă este importantă diminuarea reacției euforice, punând persoana în gardă în legătură cu pericolele unei vindecări prea rapide.

Este esențial ca pacientul să înțeleagă faptul că dacă se grăbește, riscă să recadă în capcana vechilor probleme. De asemenea, este important să se consolideze ceea ce s-a obținut deja.

Etapa a III-a

În această etapă se planifică intervențiile comportamentale indirecte, care vor face ca pacientul să se expună progresiv și gradat unor situații anxiogene.

Tehnica este oarecum asemănătoare cu desensibilizarea sistematică, diferența față de aceasta din urmă constând în aceea că pentru fiecare prescriere indirectă, terapeutul va inventa o sugestie specifică, menită să ajute pe subiect să îndeplinească sarcina anxiogenă.

Iată un exemplu (după Nardone, 1996, p. 103):

„Foarte bine. Pentru că ați reușit foarte bine să faceți tot ce v-am spus, veți putea face și mai mult. Așa cum spunea un înțelept, „cea mai bună cale de a ieși de undeva este să mergi înainte". Altfel spus, vom trece prin mijlocul fricilor dumneavoastră. Începând de astăzi și până la ședința viitoare veți proceda exact așa cum vă spun: sâmbăta la ora 10 vă veți îmbrăca pentru a ieși din casă. Veți merge până la ușă și, înainte de a o deschide, veți face o piruetă. Apoi deschideți ușa, ieșiți și repetați pirueta. Coborâți până la ușa blocului, repetați pirueta, deschideți ușa blocului, repetați pirueta, deschideți ușa și ieșiți și mai faceți o piruetă, după care porniți spre

centrul orașului. Mergeți în piață și alegeți mărul cel mai mare, cel mai roșu și cel mai copt. Nu cumpărați decât acel măr și aduceți-l la mine la cabinet. Eu voi fi ocupat, așa că bateți la ușă, eu voi deschide, îmi lăsați mărul pe care îl voi mânca la prânz. Ne revedem la ședința viitoare".

Majoritatea pacienților se prezintă zâmbind la cabinet și aduc psihoterapeutului câte un măr frumos. Lucrurile nu se opresc însă aici, pentru că pacienții încep să iasă din casă și se aventurează în locuri tot mai îndepărtate. Această instrucțiune ajută pacienții să se expună unei situații anxiogene, pentru că atenția lor a fost direcționată în altă parte și anume în direcția îndelinirii unei acțiuni mai complexe. O dată ce au realizat cele indicate, pacienții își dau seama că au depășit teama. Ei ajung să înțeleagă sensul stratagemei dar și-au dovedit lor înșiși, prin intermediul unei acțiuni practice, faptul că sunt capabili să-și depășească dificultățile.

În cazul desensibilizării comportamentale clasice, se înregistrează adesea eșecuri pentru că pacienții refuză să îndeplinească sarcinile comportamentale directe.

În această etapă a terapiei, tratamentul evoluează datorită îndeplinirii gradate a unor sarcini de confruntare cu situații tot mai anxiogene. Lista respectivelor situații este realizată de comun acord cu pacientul.

După fiecare sarcină, terapeutul va redefini în termeni pozitivi calitățile reale de care a dat dovadă pacientul când s-a confruntat cu o situație, care altă dată i-ar fi declanșat o criză anxioasă.

Pe măsură ce tratamentul progresează, instrucțiunile și sugestiile care însoțesc îndeplinirea sarcinii vor trebui reduse, lăsând loc instrucțiunilor comportamentale directe.

Pacienții ajung până la urmă să afirme că se simt în stare să facă față, fără probleme, tuturor situațiilor care înainte îi speriau.

Etapa a IV-a

Această etapă are loc în cadrul ultimei ședințe de psihoterapie.

Obiectivul acesteia constă în consolidarea definitivă a autostimei, precum și a sentimentului autonomiei pacientului. În acest scop, terapeutul realizează o recapitulare în detaliu a celor petrecute în

decursul şedinţelor de psihoterapie, precum şi o explicaţie a procesului terapeutic şi a modului în care funcţionează fiecare procedeu în parte.

Terapeutul va pune un accent deosebit pe faptul că schimbarea s-a produs datorită talentului deosebit al pacientului, terapeutul nefăcând altceva decât să activeze disponibilităţile latente existente în pacient.

Terapia se încheie subliniindu-se faptul că pacientul a învăţat să-şi utilizeze calităţile personale şi, de acum încolo, nu mai are nevoie de terapeut.

Capitolul 6

PSIHOTERAPIA SCURTĂ CONSTRUCTIVIST-STRATEGICĂ

Acest model terapeutic aparţine lui Shazer (1985). Încă din anul 1969, de când a început să se ocupe de psihoterapia scurtă, Shazer era frământat de ideea cum ar putea decide mai bine ce tehnică terapeutică să aplice şi la care să renunţe. Atât specialiştilor, cât şi clienţilor nu le este foarte clar ce anume înseamnă o psihoterapie de scurtă durată. Pentru unii specialişti, o terapie scurtă durează 10 şedinţe, pentru alţii 25 sau chiar 50 (Malan, 1976).

Weakland şi colab. (1974) au ajuns, în urma unor studii, la concluzia că 72% dintre pacienţii trataţi de ei au atins obiectivele terapiei, în medie cam în şapte şedinţe.

De asemenea, Fisher (1980, 1984) a comparat rezultatele terapiei cu 6, 12 şi cu număr mai mare de şedinţe şi nu a identificat diferenţe semnificative în ceea ce priveşte ameliorarea pacienţilor.

Shazer (1985) consideră că o terapie scurtă se caracterizează nu numai prin faptul că este limitată în timp, cât şi prin faptul că rezolvă problema cu care s-a prezentat clientul şi nu „macină" în gol aceleaşi dificultăţi, fără a ajunge la vreo concluzie.

Milton Erickson descrie cazul unui bărbat de 59 de ani care prezenta o paralizie isterică a braţului drept şi risca, din acest motiv, pierderea serviciului. Terapeutul i-a spus pacientului că suferă de un sindrom progresiv, care va conduce la trăirea senzaţiei de amorţeală în spate, atunci când mâna va lucra. Aşa cum a fost de aşteptat, paralizia a „progresat", până când pacientului i-a înţepenit o zonă a spatelui, în timp ce mâna a început să funcţioneze normal.

În acest caz a fost vorba de substituirea unei infirmităţi de tip nevrotic, cu altă infirmitate comparabilă care însă nu conducea la

incapacitatea de muncă a subiectului. Pornind de la acest caz, S h a z e r trage concluzia că mecanismul cheie al psihoterapiei scurte constă în *utilizarea* a ceea ce aduce cu sine clientul, în aşa fel încât acesta să ajungă la un mod de viaţă satisfăcător.

După aproximativ 15 ani de studii, S h a z e r (1985) a ajuns la concluzia că, pentru ca o intervenţie terapeutică să fie încununată de succes, nu este necesar să avem informaţii în detaliu în legătură cu simptomele şi nici măcar nu trebuie să stabilim precis cum anume se menţin respectivele simptome, şi acest lucru s-a dovedit adevărat, deşi contrazice simţul comun.

Observaţiile au arătat că orice alt tip de comportament nou într-o situaţie problematică poate conduce la găsirea de soluţii. Cu alte cuvinte, ceea ce contează este ca persoana care prezintă situaţia problematică să realizeze ceva *diferit,* chiar dacă respectivul comportament pare iraţional, bizar, irelevant sau chiar comic.

O altă condiţie a eficienţie terapiei scurte constă în individualizarea demersului terapeutic pentru fiecare client în parte. Astfel, de pildă, unui pacient cu insomnii, care nu obişnuia să citească, i se poate da sarcina paradoxală să nu doarmă, iar unui copil neatent la lecţii, să facă un număr cât mai mare de greşeli.

După cum se poate constata, în cazurile menţionate este vorba de cunoscuta tehnică a prescrierii simptomului. Cu toate acestea, terapeutului poate să nu-i fie totdeauna clar ce aspect al simptomului ar trebui prescris, pentru a se ajunge la soluţia terapeutică, prescrierea realizându-se, de multe ori, pe baze intuitive.

În general, terapeuţii specializaţi în terapie scurtă au tendinţa de a se centra asupra unor simptome clar definite şi de a-şi propune scopuri limitate şi prescrise. Cu toate acestea, majoritatea clienţilor nu-şi exprimă astfel problemele, chiar şi atunci când sunt ajutaţi de terapeut. Dimpotrivă, aceştia vin cu plângeri foarte vagi şi nedefinite, iar pentru astfel de subiecţi nici măcar nu este clar dacă problema lor a fost rezolvată sau nu. Din acest motiv, fără obiective precis definite, nu se poate aprecia succesul terapiei.

Pentru a-i determina pe pacienţi să-şi clarifice scopurile şi obiectivele, S h a z e r (1985) a pus la punct o tehnică bazată pe confuzie şi inspirată din studiile lui M i l t o n E r i c k s o n, care

utiliza confuzia mai ales pentru a induce mai uşor hipnoza. Această tehnică se referă la faptul că terapeutul stabileşte relaţia terapeutică şi solicită cooperarea pacientului, provocând şi utilizând confuzia în aşa fel încât nevoia acestuia de a găsi un sens în situaţia terapeutică este frustrată, forţându-se astfel subiectul să-şi fixeze un obiectiv.

În psihoterapia de cuplu se întâmplă foarte frecvent ca fiecare dintre parteneri să aibă păreri diferite în legătură cu problema şi cu cine anume ar trebui să se schimbe şi în ce fel. O dată ce obiectivele au fost precizate clar, chiar dacă acestea nu au un caracter mutual, se creează condiţiile pentru rezolvarea problemei, soluţiile izvorând în mod spontan şi într-un timp scurt.

A treia condiţie a unei intervenţii terapeutice eficiente constă în aceea că intervenţia trebuie să utilizeze aceeaşi hartă mentală, prin intermediul căreia a fost descrisă problema simptom (acelaşi sistem de concepte, reprezentări, simboluri).

A patra condiţie a reuşitei terapiei o constituie caracterul indirect al demersului terapeutic, în cadrul căruia simptomul este acceptat ca atare şi devine o parte a soluţiei.

Astfel, S h a z e r citează cazul unui preot care s-a prezentat la psihoterapie afirmând că şi-a pierdut credinţa în Dumnezeu. În urma interviului clinic a rezultat faptul că preotul era foarte interesat de arhitectura şi picturile din biserici. Terapeutul i-a recomandat să viziteze cât mai multe biserici şi să facă fotografii pentru un prieten care lucra la un album de artă. Aflându-se la un moment dat într-una din bisericile în care fotografia, preotul şi-a regăsit din nou credinţa.

Este evident faptul că obiectivul unei terapii eficiente nu este atât eliminarea simptomelor, cât, mai ales, ajutarea să-şi atingă în mod spontan obiectivele dezirabile.

O altă problemă care împiedică progresul terapiei o reprezintă rezistenţele clientului. Pentru înlăturarea acestora, S h a z e r (1985) procedează în felul următor: la început, conectează prezentul cu viitorul ignorând trecutul, apoi adresează complimente clientului pentru ceea ce face bine şi în folosul său şi, abia după ce acesta s-a convins că terapeutul se află de partea sa, se pot da sugestii în legătură cu ceva nou care ar trebui făcut şi care ar fi util clientului.

O altă ideea interesantă pe care o susţine S h a z e r (1985) constă în aceea că pentru a avea rezultate în terapie sunt necesare doar *schimbări mici şi obiective rezonabile.* Specialiştii în terapia de familie sunt de părere că o schimbare cât de mică în comportamentul unei persoane va produce modificări de comportament la toate celelalte persoane cu care aceasta interacţionează.

Studiile clinice au demonstrat că, cu cât obiectivele terapiei sunt mai pretenţioase, cu atât există mai multe şanse ca terapeutul şi clientul să eşueze în atingerea acestora.

Ţinând seama de această observaţie, care rezultă din caracterul sistematic al terapiei de familie, S h a z e r (1985) consideră că pentru rezolvarea unei probleme care priveşte cuplul sau familia nu este obligatorie prezenţa tuturor celor implicaţi la şedinţa de psihoterapie.

ACUZELE PACIENŢILOR

Terapeuţii trebuie să construiască nişte ipoteze în legătură cu modul în care pacienţii îşi construiesc simptomele şi plângerile, de aici derivând modalitatea de a elabora soluţia.

Aceste ipoteze vor funcţiona ca un fel de reguli pentru a elabora demersul terapeutic de soluţionare a problemelor clientului.

Astfel, de pildă, să presupunem că terapeutul consideră că simptomul îndeplineşte o funcţie sistemică de a menţine familia împreună. În acest caz, el va trebui să planifice un demers în cadrul căruia familia să poată rămâne unită, dar în absenţa simptomului.

Ipoteza nr. 1

Acuzele şi simptomele conduc la comportamentul pus în acţiune de concepţia de viaţă a clientului. Prima treaptă în construirea unui simptom este relativ simplă, deşi consecinţele sunt adesea disproporţionate. Astfel, frecvent, oamenii afirmă că se comportă în maniera A, deşi terapeutul este convins că varianta corectă este non-A. „A" pare să reprezinte singura variantă logică şi, în acelaşi timp, unica alegere.

În mod ipotetic, simptomul este construit de pacient într-o manieră „totul sau nimic"; (W a t z l a w i c k, 1983).

De exemplu, enurezisul reprezintă un comportament frecvent şi relativ răspândit printre copii în diferite circumstanţe şi acesta devine adesea simptom.

Atunci când copilul urinează în pat, părintele adoptă o decizie în legătură cu modul în care trebuie privit acest comportament: comportament normal sau comportament problematic. Dacă decizia este că avem de-a face cu un comportament normal, atunci lucrurile merg înainte, în timp ce în cazul în care decizia este comportament patologic, apare problema dacă este vorba de un simptom fiziologic, etapa următoare fiind evidentă, şi anume tratament medicamentos, care de cele mai multe ori se dovedeşte nesatisfăcător. În cazul în care alegerea este că e vorba despre o problemă psihologică se pune problema dacă este vorba de un copil „rău" sau bolnav psihic.

În unele familii, ambii părinţi cad de acord în legătură cu o anumită opţiune, dar în majoritatea cazurilor un părinte manifestă o opţiune şi celălalt alta. Se poate întâmpla ca unul din părinţi să aibă dreptate şi atunci este urmat un demers terapeutic. În cazul în care opţiunea primului părinte s-a dovedit eronată, celălalt încearcă să rezolve problema-simptom.

Se pune problema „cine este vinovat de apariţia simptomului?".

Poate fi vorba de greşeala copilului sau a părinţilor. În cazul în care este vorba de doi părinţi, poate fi greşeala mamei sau greşeala tatălui.

Astfel, simptomul se construieşte în moduri diferite în funcţie de opţiunea în legătură cu a cui este vina sau cum s-a structurat simptomul.

Ipoteza nr. 2

Simptomele se menţin datorită ideii clienţilor că ceea ce au decis ei să întreprindă în legătură cu problema apărută (simptomul) reprezintă singurul lucru logic şi corect care trebuie întreprins. Astfel, clienţii se află cumva prinşi într-o capcană care îi obligă să

se comporte tot mai mult în modul în care se comportă (Watzlawick et al. 1974) datorită faptului că „își interzic" cealaltă variantă.

Astfel, în cadrul unui sistem familiar, simptomul îmbracă un caracter circular.

O dată ce decizia considerată corectă a fost luată (de exemplu, în cazul enurezisul), clienții încearcă să rezolve problema. Astfel, dacă se consideră că copilul urinează în pat dinadins, atunci el trebuie tot mai mult pedepsit, iar pedepsele vor îmbrăca multe forme, mai ales pentru că ele nu dau rezultate. În felul acesta, pedepsele sunt urmate de comportamentul problemă și comportamentul problemă este urmat de pedepse, deoarece persoanele în cauză consideră că, așa cum am arătat, alegerea lor este singura corectă.

TRANSFORMAREA ACUZELOR ÎN PROBLEME

Clienții se prezintă la cabinetul de psihoterapie cu plângeri foarte complexe, care includ multe elemente. Shazer (1985, p. 27) și colaboratorii ajung la concluzia că „plângerile" clienților se referă, în general, la următoarele aspecte:

- O secvență comportamentală.
- O semnificație conferită situației.
- Frecvența cu care se produce simptomul.
- Localizarea condițiilor fizice în care se produce simptomul.
- Gradul în care simptomul este involuntar.
- Persoanele semnificative care sunt implicate în producerea comportamentului problematic în mod voluntar sau involuntar.
- Problema legată de „cine" sau „ce anume" este de vină.
- Factorii de mediu: serviciu, statut socio-economic, locuință etc.
- Probleme fiziologice sau stări emoționale implicate.
- Trecutul.
- Predicții în legătură cu viitorul și
- Expectații cu caracter utopic.

În cazul în care sunt mai multe persoane care se adresează terapeutului, acestea pot să cadă de acord sau nu cu privire la definirea, importanța sau semnificația oricăruia dintre elementele mai sus menționate.

În funcție de situație, unele elemente pot fi mai pertinente sau mai legate între ele decât altele. Astfel, de pildă, mulți clienți se plâng de faptul că se simt deprimați. Unii dintre aceștia vor fi capabili să descrie aspectele comportamentale ale acestei situații, în timp ce pentru alții va fi dificil sau imposibil, dar aceștia din urmă se vor centra pe aspectele involuntare ale problemei.

Sunt clienți care vor descrie cu ușurință persoanele semnificative care accentuează problema-simptom, în timp ce alții nu reușesc acest lucru. De asemenea, sunt subiecți care sunt capabili să depisteze „cauzele" care au produs simptomul, în timp ce alții nu sunt capabili s-o facă.

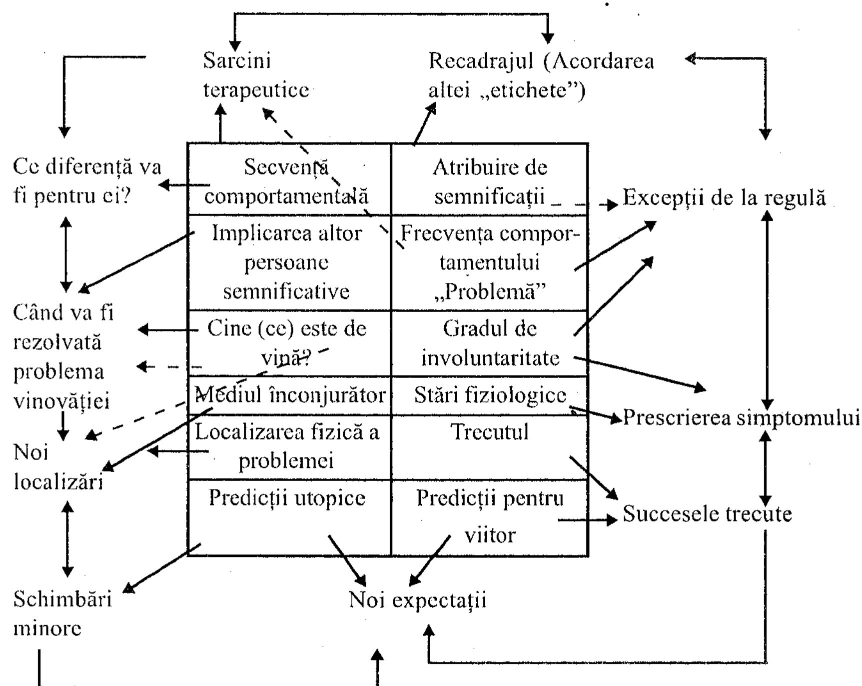
În timpul interviului terapeutic, terapeutul trebuie să adreseze întrebări legate de toate aspectele menționate mai sus, încercând să definească problema astfel încât soluția să poată fi întrevăzută și construită.

Deși nu există o relație liniară între structurarea problemelor și structurarea intervențiilor, totuși elementele pe care clienții le accentuează foarte mult pot sugera germenele soluției. Astfel, de pildă, dacă simptomul este descris ca manifestându-se doar într-un anumit loc, atunci sarcina terapeutică trasată trebuie să se desfășoare în alt loc, pentru a asigura o diferență în structurarea situației.

Astfel, un cuplu relatează faptul că certurile au loc totdeauna în bucătărie, caz în care terapeutul le poate prescrie să se certe în dormitor (intervenție paradoxală), fapt ce se poate sfârși cu o experiență sexuală reușită.

În cazul în care simptomul implică relația cu o persoană care nu se află în cabinetul de psihoterapie, problema majoră care se pune este *cum va afla persoana respectivă* faptul că s-a produs o schimbare majoră.

TRANSFORMAREA SIMPTOMELOR (PLÂNGERILOR) ÎN SOLUŢII TERAPEUTICE SHAZER (1985, P. 30)



Cele 12 tehnici terapeutice pot fi asemănate cu nişte porţi care conduc la soluţionarea problemelor-simptom.

Fiecare acuză este diferită şi soluţia potenţială fi găsită deschizând poarta care are cheia cea mai accesibilă.

Diferitele „porţi" pot conduce la aceeaşi soluţie sau la soluţii diferite şi aceeaşi poartă poate, la rândul ei, conduce la soluţii diferite.

Terapeutul împreună cu clientul trebuie să descopere împreună care este poarta cea mai accesibilă.

Aşa cum am mai subliniat, terapeutul este cel care identifică în cele din urmă „poarta" şi calea care este cea mai potrivită ţinând seama de natura simptomului.

Astfel, de pildă, dacă pacientul se plânge că este deprimat datorită trecutului său şi nu este capabil să depăşească această situaţie, terapeutul va trebui să aibă în vedere limbajul în care îşi descrie acesta problemele. În exemplul nostru apare în mod clar faptul că depresia are un caracter involuntar, se referă la acţiunile trecute ale clientului sau la alte persoane. În acest caz ar fi potrivite două „chei" (intervenţii terapeutice):

- prescrierea simptomului: terapeutul îi cere clientului să devină şi mai depresiv (în felul acesta simptomul îşi va pierde caracterul involuntar şi va tinde să dispară);
- reetichetarea (reframing), care implică acordarea unei noi semnificaţii depresiei, în aşa fel încât clientul va ajunge la concluzia că este mai indicat să nu mai fie deprimat.

Distincţia între cele două soluţii terapeutice nu este cea care va indica cum ar fi mai bine să se procedeze.

Pentru a fi cât mai sigur că va merge pe drumul corect, terapeutul va trebui să adune cât mai multe informaţii cu privire la cei 12 factori constitutivi ai problemei, cât şi despre ce anume îl face pe client să rămână prins în capcana simptomului.

S h a z e r (1985) atrage însă atenţia asupra faptului că nici prea multă informaţie nu este indicată, deoarece poate produce confuzie.

Problema care se pune este:
„De cât de multă informaţie avem nevoie?"
„Ce fel de informaţie este utilă?"

GĂSIREA SOLUŢIEI TERAPEUTICE

Ipoteza nr. 3

S p i e g e l şi L i n n (1969) subliniază faptul că pentru a iniţia rezolvarea problemei simptom este necesară iniţierea unor schimbări minimale (sarcina terapeutului), iar schimbările majore viitoare vor fi generate de client (efectul bulgărelui de zăpadă care se rostogoleşte de pe un deal).

Modul în care are loc schimbarea terapeutică este asemănătoare cu situaţia în care o eroare mică poate conduce la o consecinţă catastrofală.

Pentru a se elibera de simptom, clientul sau clienţii trebuie să spargă cercul vicios în care se învârtesc.

De pildă, părinţii unui copil enuretic trebuie să înceteze să repete la nesfârşit acelaşi tip de comportament. Astfel, dacă orice altă soluţie în afară de pedeapsă a fost exclusă în cadrul deciziei timpurii, tocmai elementele excluse oferă şansă de rezolvare a problemei. Aceste variante de comportament excluse ar putea fi: recompensarea copilului când nu a urinat în pat, ignorarea faptului că acesta urinează în pat sau solicitarea ca micul pacient să-şi spele cearceafurile murdare.

Cheia problemei constă în aceea că orice comportament nou trebuie să fie suficient de diferit de ceea ce s-a petrecut înainte.

Astfel, în demersul de căutare a noului răspuns, terapeutul va trebui să se orienteze după excepţiile de la conduita obişnuită a clientului (copilul poate urina în pat în anumite zile şi în altele nu, în anumite condiţii etc.).

Aceste comportamente de excepţie trec, de regulă, neobservate pentru că diferenţele sunt prea mici la prima vedere, dar acestea reprezintă exact informaţiile de care terapeutul are nevoie.

De pildă, acesta trebuie să identifice diferenţele existente între modelul de comportament din cadrul sistemului familial, când simptomul se produce şi cel când simptomul nu se produce şi apoi, pe baza acestor diferenţe trebuie construită soluţia terapeutică („care este diferenţa dintre situaţia când copilul urinează în pat şi cea în care acesta nu o face"; „ce modificări se înregistrează în familie când nu se produce simptomul?"; „care sunt modificările în atitudinea părinţilor faţă de copil atunci când nu are loc comportamentul problemă?" etc.).

Dna Tomescu s-a prezentat la psihoterapie pentru că era de părere că nu ştie cum să se poarte cu copiii săi (Shazer, 1987). Ea considera că ar trebui să nu mai ţipe deloc la ei, pentru că strigătele sale nu dădeau nici un rezultat şi ea se simţea frustrată.

Încercând să stabilească un obiectiv terapeutic minimal, terapeutul i-a adresat următoarea întrebare:

„Ce crezi că se va petrece, Ioana, atunci când tu te vei raporta cu mult mai calm şi mai rezonabil la copiii tăi?"

Această întrebare stabileşte obiectivul terapiei: un comportament mai calm şi mai rezonabil în loc de obiectivul imposibil de atins: să nu mai ţip niciodată la copii.

Acest început trebuie să fie conştientizat de clientă.

Apoi, terapeutul i-a cerut acesteia să decidă în mod aleator („să dea cu banul") când să ţipe la copii şi când să nu o facă şi să-i trateze calm şi rezonabil şi să remarce, pe baza rezultatelor obţinute, când şi cum să procedeze. Clienta a relatat că uneori ţipetele dădeau rezultatele cele mai bune, alteori nu.

În felul acesta, terapeutul nu numai că a întreprins ceva, dar a şi transformat obiectivul terapeutic într-o sugestie. În acelaşi timp, el a procedat în aşa fel încât soluţia să pară a fi generată mai mult de client decât de terapeut.

Atunci când dna Tomescu s-a prezentat la psihoterapie, problema ei era că ţipă tot timpul şi doreşte să nu mai ţipe deloc, iar eforturile ei de-a nu mai ţipa s-au dovedit lipsite de succes şi frustrante. Este evident că obiectivul clientei avea un caracter nerealist, pentru că orice mamă ţipă din când în când la copiii mici.

Sugestia terapeutică de a decide aleator când să ţipe şi când să manifeste un comportament calm şi rezonabil va transforma situaţia problematică din „sau una sau alta", în „una şi alta" din modalităţile comportamentale, cu alte cuvinte, ea poate şi să strige şi să se comporte calm, în funcţie de ceea ce va decide ea.

O dată ce clienta a decis să manifeste un comportament aleator, copiii nu au mai considerat comportamentul ei previzibil şi drept consecinţă comportamentele lor, care o determinau pe mamă să ţipe, au scăzut în frecvenţă şi în intensitate.

În următoarele trei săptămâni, strigătele mamei au căpătat o nouă semnificaţie: „mama este foarte ocupată atunci când nu este calmă şi rezonabilă".

Acest demers terapeutic i-a oferit clientei un mare grad de libertate în ceea ce priveşte natura comportamentelor sale.

Atât comportamentul de a striga, cât şi cel de a nu striga reprezintă reacţii acceptabile. Desigur, a nu striga implică o serie de comportamente care pot fi etichetate astfel: „a fi calm şi rezonabil".

Decizia de a nu striga atunci când în mod normal ar fi trebuit să strige va reprezenta modificarea minimală care poate conduce la soluţionarea problemei.

Acest demers psihoterapeutic acceptă clienta aşa cum este ea: nu este admonestată pentru că se comportă într-un anumit fel, nu i se cere să se schimbe şi nu conduce la rezistenţe.

Ideea în legătură cu ce anume trebuie modificat derivă din opinia clientului cu privire la modul în care va arăta realitatea fără problema-simptom.

În timpul interviului terapeutic, terapeutul şi coterapeuţii vor căuta să elaboreze un scenariu în care să apară modul în care se va prezenta situaţia, atunci când obiectivul terapeutic a fost deja atins.

Astfel, dacă oprirea comportamentului copilului enuretic nu va modifica nimic din relaţiile dintre părinţi şi copil, probabil va modifica imaginea părinţilor asupra copilului şi a acestuia din urmă asupra părinţilor.

Soluţia va consta probabil în demersul reatribuirii de semnificaţii, sau a celui legat de problema „cine este vinovat" sau de unele aspecte legate de mediul înconjurător.

Indiferent de situaţia specifică, terapeutul trebuie să cunoască ce semnificaţie atribuie clientul simptomului său. Adesea, această semnificaţie este descoperită atunci când clientul este întrebat cum vor arăta lucrurile în cazul când problema va fi rezolvată.

În cazul etichetei „copil rău", absenţa enurezisului nu este suficientă, pentru că familia va considera că acesta va face altceva la fel de rău.

O dată ce terapeutul a identificat aceste etichete (atribuiri) negative, acesta poate realiza reetichetarea, substituind atribuirile negative cu unele pozitive (S h a z e r, 1982 a).

Un nou sistem de referinţă (reetichetarea) trebuie să fie doar sugerat clientului şi noul comportament bazat pe respectivul nou sistem de referinţă va genera rezolvarea problemei de către client.

D u n c k e r (1945) a realizat un experiment care ilustrează modul în care noul sistem de referinţă (noi definiţii, noi semnificaţii) influenţează ceea ce se va petrece: un grup de subiecţi a primit următoarele materiale: chibrituri, lumânări şi pioneze, fiecare dintre materiale aflându-se în câte o cutie de carton. Al doilea grup a primit aceleaşi materiale, dar nu în cutii. Sarcina a constat în montarea lumânării vertical (pe un postament) pentru a lumina. S-a constatat că subiecţii din grupul al doilea au rezolvat problema mult mai repede decât cei din primul grup.

Se pare că pentru grupul 1, cutiile au fost definite ca ambalaje, în timp ce pentru grupul al doilea, acestea, neconţinând nimic, au fost mai repede identificate cu nişte postamente potenţiale.

Din acest experiment rezultă faptul că sistemele de referinţă (modurile de a vedea şi de a defini o situaţie) şi etichetele ataşate acesteia dictează mai mult sau mai puţin ceea ce noi vedem sau întreprindem. Mai exact, punctul nostru de vedere determină ceea ce se va întâmpla şi acest lucru nu este valabil numai în artă şi ştiinţă, ci şi în viaţa cotidiană. Astfel, sistemele de referinţă şi etichetele reprezintă expectaţii care ne ajută să dimensionăm şi să organizăm lumea. Orice fenomen concret poate avea diferite etichete, ceea ce înseamnă că poate fi privit în funcţie de diferite sisteme de referinţă.

Astfel, este pe deplin posibil ca eticheta „copilul ştie ce să facă pentru a nu urina în pat", poate fi adesea suficientă pentru a iniţia schimbări în modelul comportamental existent.

Există o varietate de modalităţi prin intermediul cărora terapeutul poate să producă acceptarea şi utilizarea respectivului sistem de referinţă. Astfel, familia poate fi solicitată să observe ce este diferit în serile dinaintea situaţiei când simptomul nu se produce sau ce este specific dimineţilor de după o noapte în care copilul nu a manifestat simptomul. De asemenea, ei pot fi solicitaţi fiecare să prevadă în secret dacă va fi o noapte când se va produce simptomul sau o noapte în care acesta nu se va produce.

Răspunsurile la astfel de sarcini trebuie să conducă la constatarea unor diferențe pe baza cărora se va clădi următoarea intervenție terapeutică.

O sarcină minimală, dar deloc simplă pentru un terapeut în prima ședință de psihoterapie și poate și în cursul altor ședințe, este să producă la client un anumit dubiu în legătură cu sistemul de referință sau cu eticheta pusă situației problematice și cu comportamentul ce derivă din acestea.

Astfel, dacă familia va ajunge să se îndoiască de faptul că respectivul copil urinează totdeauna în pat, atunci comportamentul alternativ va deveni posibil. În același timp, dacă membrii familiei se vor comporta diferit și vor observa diferențele (ce se întâmplă când copilul nu prezintă simptomul), atunci aceștia vor ajunge să se îndoiască în legătură cu sistemul inițial de referință (etichetă), pe baza căruia au abordat problema. Sistemele de referință și comportamentele interacționează și se definesc unul pe celălalt.

Forța sistemului de referință sau a etichetei reiese clar din cazul clientei (Shazer, 1979) care își descrie situația în următorii termeni: „am lăsat handicapul meu să mă infirmizeze".

Este vorba de o tânără care a suferit de poliomielită în copilărie, iar la ora actuală trebuia să poarte proteze pentru susținerea picioarelor și se sprijinea de o cârjă în timpul mersului. Clienta era de părere că s-a adaptat handicapului său pentru că era așa de când se știa. Cu toate acestea, ea era respinsă de bărbații care o interesau și considera că handicapul era de vină pentru acest lucru. La începutul terapiei, ea a afirmat pentru prima oară că se simte deprimată din pricina handicapului său. Ea avea o imagine de sine proastă și se autoaprecia așa cum credea că este apreciată de ceilalți. Pentru a-și reduce handicapul, ea a început să ascundă cârja atunci când se afla în lume.

Intervenția realizată de (Shazer, 1979 a fost focalizată tocmai pe eforturile clientei de a-și ascunde cârja. I s-a sugerat să poarte bastoane de forme și culori neobișnuite, pe care să le expună deschis în fața celorlalți. Acest gen de comportament sugera tărie psihică, făcând o impresie pozitivă asupra celorlalți, care au început s-o trateze în mod diferit. Rezultatul a fost că ea a fost capabilă să atragă bărbații pe care îi considera interesanți.

În ultima ședință de psihoterapie, clienta a afirmat: „acum nu mai las handicapul meu să mă transforme într-o infirmă".

Eticheta „infirmă" determina modul ei de a aborda oamenii și situațiile, în timp ce noua etichetă, și anume aceea de „persoană puternică" a ajutat-o să dezvolte un nou tip de comportament, care a condus la reacții gratificante din partea celorlalți, acest feed-back ajutând-o să-și mențină noul model comportamental.

Acest exemplu ilustrează caracterul interacțional al sistemelor de referință și al „etichetelor".

Astfel, cu cât ea se purta mai mult ca o infirmă (ascunzând cârja), cu atât oamenii o priveau mai mult ca pe o infirmă și cercul vicios continua la nesfârșit. În momentul în care ea a început să se comporte diferit (își expunea bastoanele originale), ceilalți au început s-o privească ca pe o persoană sigură de sine și și-au modificat comportamentul față de ea.

Desigur, descoperirea noului sistem de referință reprezintă sarcina psihoterapeutului și acesta trebuie să fie sigur (în limitele rezonabile) că noua etichetă se va potrivi clientului și că noul model de comportament adoptat de acesta va fi întărit de ceilalți.

Trebuie făcută precizarea că, deși comportamentele eficiente și diferite se declanșează întâmplător, alegerea a ce anume trebuie realizat în mod diferit nu este o chestiune de șansă, ci reprezintă sarcina terapeutului.

De exemplu, dacă pacienta în cauză și-ar fi rupt cârja și ar fi utilizat în mod accidental un baston interesant ca aspect, dar ar fi continuat să-l ascundă, acest lucru nu ar fi fost relevant sub aspectul modului în care era percepută de ceilalți.

Terapia prin intermediul „reetichetării" oferă clientului un fel de oglindă care îl ajută să vadă lucrurile în mod diferit.

Deși unei situații i se pot aplica mai multe etichete, nu toate acestea acționează la fel, unele contribuind la apariția unui comportament adaptativ, altele nu.

Specialiștii în psihoterapia scurtă acordă o atenție specială caracterului holistic și sistemic al simptomului și demersului

terapeutic. Astfel, o modificare în cadrul unuia din elementele sistemului de relații interpersonale va afecta celelalte elemente și relații și, bineînțeles, sistemul în întregime.

Astfel, dacă o singură persoană se va comporta în mod diferit, se va „sparge" deprinderea colectivă de a interacționa.

Astfel, dacă părinții copilului vor decide (a) este o problemă sau (b) copilul este normal, sau (a) copilul este rău sau (b) copilul este bolnav, sau (a) este o problemă fiziologică sau (b) psihologică, atunci o modificare a relațiilor dintre părinți poate servi ca punct de plecare pentru oprirea comportamentului simptomatic. Nu importă prea mult dacă certurile părinților produc enurezisul la copil sau dacă enurezisul copilului îi face să se certe, nici dacă terapeutul consideră că simptomul este menit să-i țină pe părinți împreună, ci doar faptul că enurezisul și certurile dintre părinți sunt legate între ele.

Secvența comportamentală este următoarea:

(1) cu cât copilul urinează mai mult în pat, cu atât părinții se ceartă mai mult și

(2) cu cât părinții se ceartă mai mult, cu atât copilul urinează mai mult în pat.

Concepția holistică pornește de la premisa că oprirea certurilor va conduce la dispariția simptomului, după cum dispariția simptomului va conduce la eliminarea certurilor.

Deoarece sistemul de referință și secvențele comportamentale sunt legate între ele, demersul terapeutic va fi diferit în funcție de modul în care familia abordează problema.

Astfel, de pildă, dacă familia consideră că enurezisul copilului conduce la certuri și etichetează situația astfel: „enurezisul este rezultatul bolii sau faptului că este vorba de un copil rău", atunci este necesar ca terapeutul să lucreze cu întreaga familie deodată și să întrerupă secvența patologică de comportament, introducând noi comportamente între perioada de timp în care se produce enurezisul și cea în care au loc certurile sau între perioada de certuri și cea în care simptomul se produce.

Acțiunea terapeutică doar asupra părinților nu este eficientă dacă aceștia consideră că doar copilul este vinovat de simptom. Acțiunea

terapeutică asupra copilului singur este eficientă doar dacă acesta dorește să se debaraseze de simptom din motive personale.

În cazul în care părinții utilizează o altă etichetare, punând enurezisul copilului pe seama certurilor dintre ei, atunci este eficient să se lucreze doar cu părinții și oprirea interacțiunilor conflictuale dintre aceștia va duce cu probabilitate mare la dispariția simptomului copilului.

Există situații când doar mama se prezintă la psihoterapie, punând problema secvenței enurezis – certuri în familie. Aceasta poate afirma faptul că soțul ei nu este interesat de problemă pentru că el consideră enurezisul ca fiind un comportament normal și că dacă soția ar privi lucrurile „corect", ambele probleme (enurezisul și certurile) vor dispărea de la sine.

În această situație, psihoterapeutul trebuie s-o ajute să-și modifice reacțiile la enurezisul copilului. Dacă ea accentuează secvența „enurezis – certuri", atunci focalizarea inițială a terapiei va fi asupra reacției sale la enurezisul copilului, iar dacă ea va accentua secvența „certurile conduc la enurezis", atunci obiectivul inițial al terapiei va fi modificarea comportamentului ei în relația cu soțul.

Un alt aspect important al terapiei scurte, care asigură eficiența acesteia constă în crearea la pacient a unor expectații pozitive în legătură cu schimbarea.

Odată ce terapeutul a creat la client expectații pozitive legate de faptul că lucrurile vor arăta în mod diferit, a doua problemă care se pune este ce anume așteaptă clientul să fie diferit după ce simptomul a dispărut, cunoscut fiind faptul că ceea ce așteptăm să se întâmple influențează modul nostru de a ne comporta.

Astfel, dacă cineva așteaptă să se petreacă ceva diferit, atunci pare firesc să întreprindă ceva diferit.

SCHEME ȘI PLANURI DE INTERVENȚIE

Studiind lucrările și cazurile clinice ale lui Milton Erickson, terapeutul începător se întreabă adesea ce se ascunde de fapt în spatele demersului intuitiv și aparent irațional al genialului terapeut.

Soluțiile oferite clienților săi par adesea de domeniul magiei sau absurdului, deși la o analiză mai atentă se observă că acesta se conducea după niște principii teoretice care însă păreau ascunse unei priviri superficiale.

Problema care se pune mai ales pentru terapeuții începători este aceea de a putea aplica unele reguli relativ clare cazurilor concrete.

Odată cu eforturile întreprinse de Haley și Weakland (Erickson, Haley și Weakland, 1967), multe din demersurile terapeutice ale lui Milton Erickson au fost sistematizate și organizate în scheme-hărți, aplicabile și în alte situații, măcar într-o anumită măsură.

Bateston (1979) formulează ideea conform căreia, pentru aceeași situație clinică (secvență patologică de comportament) pot fi formulate scheme diferite, evident fiind faptul că acestea se completează reciproc, de unde rezultă și avantajul activității terapeutice în echipă.

Un cuplu a fost trimis la psihoterapie de către consilierul în probleme de droguri pentru că acesta considera că problema lor maritală împiedica tratamentul toxicomaniei. Ambii soți utilizau cocaina de trei sau de mai multe ori pe săptămână și acest lucru se petrecea de mai mulți ani (Shazer, 1985 p. 50). Soția, Jane, consideră că utilizarea comună a drogului le distrugea căsătoria și dorea să se lase de droguri pentru a salva căsnicia. Problema maritală era, în concepția ei, legată de simptomele produse de consumul de droguri. Soțul, Ralph, nu considera consumul de droguri ca fiind o problemă reală. Problema de care se plângea el erau certurile lor frecvente, care se sfârșeau adesea cu violențe fizice, precum și discuțiile permanente în legătură cu drogurile. El era de părere că trebuiau oprite certurile și conflictele pentru a salva căsnicia.

În același timp, ambii erau de acord în următoarele probleme: (1) utilizarea drogurilor îi elibera de plictiseala pe care ambii o suportau prost și (2) oprirea consumului de droguri putea duce la destrămarea căsniciei, la care amândoi țineau mult, pentru că în afară de droguri, ei aveau relativ puține lucruri în comun.

Acest tip de oscilație între „da" sau „nu" în ceea ce privește oprirea consumului de droguri a fost denumită de terapeuții de orientare ericksoniană „capcană sau legătură dublă" (Bateson, Jackson, Haley și Weakland, 1956, Watzlawick, Beavin și Jackson, 1967).

Realizând schema bazată pe legături duble a acestei relații de cuplu, rezultă:

1) utilizarea drogurilor distruge căsătoria; conflictele și certurile, unele din ele în legătură cu drogurile sunt în continuă creștere;
2) dar utilizarea drogurilor îi scutește pe soți de plictiseală, astfel încât dacă abandonează utilizarea drogurilor, căsătoria lor se va destrăma;
3) evitarea acestei capcane ar putea fi realizată prin intermediul separării, dar acest lucru doresc să-l evite ambii parteneri; situația continuă să rămână nerezolvată de mult timp;
4) creșterea consumului de cocaină ar putea fi o soluție de scăpare prin aceea că ei s-ar simți mai relaxați, dar atunci certurile în legătură cu utilizarea drogurilor se vor accentua și vor tinde să distrugă mariajul.

Așa cum se prezintă situația, cuplul pare condamnat să perpetueze la nesfârșit același cerc vicios.

Consultându-se cu echipa, terapeutul le-a prezentat următorul mesaj de intervenție încă de la prima ședință terapeutică:

„Aveți o problemă (Watzlawick și al. 1967, p. 52).

Ni se pare, Ralph, că problema voastră maritală este exacerbată de consumul de droguri sau este chiar creată de droguri. Poate că ar trebui să opriți consumul de droguri pentru a vedea ce se întâmplă. Dar, pe de altă parte, noi suntem de acord cu tine, Jane, că dacă veți opri consumul de droguri nu vă va mai rămâne nimic. Și nu veți avea timp să creați ceva înainte ca mariajul vostru să se destrame. Pe scurt, nu știm ce dracu veți face.

Vă sugerez să vă gândiți la ceea ce v-am spus și să vă decideți cum veți acționa... mai întâi".

Schema bazată pe legături duble (Watzlawick și al, 1967) conține mesaje de intervenție care implică ideea că terapeutul vede relația celor doi astfel:

(1) oprirea consumului de droguri ar fi necesară pentru salvarea căsniciei;

(2) continuarea consumului de droguri ar fi necesară pentru salvarea căsniciei;
(3) ambele alternative de mai sus pot conduce la destrămarea căsniciei;
(4) orice alternativă la care cei doi s-au gândit conţine în sine un mare risc pentru căsnicie;
(5) ei ar trebui să întreprindă o acţiune la care nu s-au gândit.

Până la şedinţa următoare de psihoterapie, Ralph şi Jane au redus consumul de droguri cu două treimi, deşi utilizarea acestora urma acelaşi model. Ulterior, fără a comenta acest lucru, cei doi au iniţiat şi alte activităţi noi, atât în comun, cât şi separat.

De data aceasta, mesajul furnizat de echipa terapeutică s-a centrat în jurul temerilor terapeuţilor în legătură cu o posibilă recădere.

O săptămână mai târziu, Jane şi Ralph au raportat faptul că au eliminat total drogurile şi continuau activităţi noi, atât în comun, cât şi separat.

Mesajul ulterior de intervenţie se referea, de asemenea, la teama în legătură cu recăderea, în special la cât de repede se va produce aceasta.

Contactele ulterioare care s-au întins pe o durată de 6 luni şi apoi un an, au indicat faptul că nu a avut loc nici un fel de recădere.

Cuplul a relatat că relaţiile în familie s-au îmbunătăţit, atât în activităţile comune, cât şi în cele individuale.

Mesajul terapeutic caută să redefinească situaţia în aşa fel încât să sugereze cuplului faptul că sunt necesare nişte acţiuni *diferite*, care să nu se refere nici la continuarea consumului de droguri, nici la oprirea acestuia. În acelaşi timp, se sugerează în mod implicit ideea că oprirea consumului de droguri este necesară, dar nu pentru că aceasta va putea salva căsnicia.

Situaţia este definită de terapeut astfel încât *să se sugereze* faptul că cei doi trebuie *să creeze ceva* pentru a-şi salva căsnicia.

Este evident faptul că această intervenţie încearcă să introducă un *nou element* (o nouă problemă) şi anume aceea de a întreprinde ceva diferit pentru a salva mariajul, în felul acesta putându-se sparge cercul vicios.

PRINCIPIUL OCKHAM (SHAZER, 1988)

William de Ockham, filosof din secolul 14, spunea că „dacă un lucru poate fi realizat cu mijloace mai puţine este inutil să fie realizat cu mijloace mai multe".

Acest sfat este deosebit de important pentru psihoterapeuţii specializaţi în terapii de scurtă durată, care trebuie să găsească cea mai simplă explicaţie şi intervenţie care se potriveşte.

Pentru a respecta criteriul eficienţei, schema situaţiei terapeutice trebuie să reprezinte o imagine în oglindă a situaţiei patologice.

Conceptul de „schemă în oglindă" în psihoterapia scurtă aparţine lui Bateston şi al., 1956.

Aceste scheme „în oglindă" bazate pe legături duble sunt importante cel puţin din trei motive:

1) problema simptom este descrisă ca având un caracter interpersonal, fără referire la ceea ce se petrece în psihicul celor doi parteneri;
2) problema simptom este descrisă ca având loc într-un anumit context, care facilitează definirea comportamentelor şi
3) modelul de intervenţie terapeutică (modalitatea) de a acţiona cu promptitudine este realizată pe baza aceloraşi criterii contextuale şi interacţionale aşa cum sunt ele interpretate de către psihoterapeut.

Sub aspect metaforic, intervenţia de tip capcană sau legătură dublă, poate fi asemănată cu o cheie care se potriveşte unui lacăt. Importantă este însă elaborarea unor astfel de intervenţii (chei) care să se potrivească mai multor situaţii asemănătoare (lacăte).

Ceea ce este interesant la acest gen de psihoterapie scurtă, este afirmaţia lui Shazer (1985) care spunea că nu este neapărat să cunoşti în detaliu structura „lacătului" pentru a găsi „cheia" potrivită.

Deoarece „plângerile" (acuzele) clienţilor sunt construcţii complexe şi intervenţiile terapeutice trebuie să fie la fel de complexe, pentru că, dacă acestea ar fi simple, clienţii le-ar descoperi singuri. Dar, aşa cum sublinia Milton Erickson (1985), de cele mai multe ori, clienţii nu ştiu exact care este problema şi din acest motiv nu pot descoperi nici soluţia.

Cu toate acestea, specialiştii în psihoterapie scurtă izbutesc să rezolve problemele complexe ale clienţilor rapid, eficient şi prin intermediul unor intervenţii minimale. Secretul constă doar în aceea că intervenţia trebuie să se potrivească cu natura problemei.

Pentru a fi adecvată (potrivită) situaţiei clinice, intervenţia psihoterapeutică trebuie să se bazeze pe:

(1) Percepţia şi interpretarea pe care o realizează terapeutul asupra structurii simptomelor (acuzelor) clienţilor.

(2) Percepţia pe care o are terapeutul în legătură cu etichetarea pe care o realizează clientul în legătură cu problema sa (cum anume o interpretează), în aşa fel încât de aici să izvorască soluţia.

Intervenţia trebuie să fie adecvată în aşa fel încât

(3) să se potrivească schemei de reprezentare a problemei şi

(4) să se potrivească concepţiei clientului despre lume, cu precizarea însă că acesta trebuie să conţină în sine o diferenţă care să conducă la o soluţie satisfăcătoare.

COOPERAREA – CONDIŢIE A TERAPIEI EFICIENTE

Schimbarea terapeutică reprezintă un proces interacţional, proces care îl implică atât pe client cât şi pe terapeut şi nu o acţiune pe care o întreprinde terapeutul asupra clientului care o suportă în mod pasiv.

Acţiunea psihoterapeutică nu se aseamănă cu o intervenţie chirurgicală sau cu repararea unui televizor, ţinând seama mai ales de faptul că pacienţii nici nu-şi prezintă problema în mod clar, cu o etichetă precisă, ci sub formă procesuală, ei înşişi aflându-se, atunci când se prezintă la terapeut, într-un proces permanent de redefinire şi claritate a acesteia (E m e r s o n şi M e s s i n g e r, 1977).

Clientul şi terapeutul trebuie să construiască împreună situaţia problematică şi să găsească soluţia acesteia.

Clientul este cel care iniţiază procesul de schimbare prin simplul fapt că se prezintă cu problema sa la terapeut. Deoarece, pacienţii definesc problema lor ca pe ceva ce nu poate fi rezolvat (de aceea apelează la ajutor), noua definire a problemei, realizată împreună cu terapeutul, trebuie să implice faptul că problema este rezolvabilă.

Clienţii care se prezintă la terapie sunt cantonaţi în problemele lor datorită concepţiei lor cu privire la acestea (Ei privesc „sticla" pe jumătate goală).

Terapeutul care doreşte să-l ajute pe client trebuie să adopte o atitudine prin care nici să nu-l aprobe, nici să nu-l contrazică, ci să găsească eventual o a treia variantă viabilă.

Aşa cum arăta M i l t o n E r i c k s o n (după S h a z e r, 1985, p. 66), „pacienţii vin la terapeut pentru că nu ştiu exact de ce vin. Ei au probleme, pentru că altfel nu ar fi venit, dar, deoarece nu ştiu exact care sunt problemele lor, ei nu le pot comunica terapeutului. Ei pot face doar relatări confuze în legătură cu nemulţumirile lor. Terapeutul ascultă ceea ce spun aceştia, bazându-se pe experienţa sa, nu îi este clar despre ce este vorba, dar este conştient de faptul că nu îi este clar. Şi, în aceste condiţii, terapeutul trebuie să inducă schimbarea la clientul său, măcar o mică schimbare, pentru că acesta aşteaptă schimbarea. Pacientul va accepta orice mică schimbare şi această schimbare se va accentua în acord cu expectaţiile şi nevoile sale. Acest proces este asemănător celui în care un bulgăre de zăpadă se rostogoleşte de pe un deal, mărindu-sedin ce în ce mai mult, până când se transformă într-o avalanşă (după G o r d o n şi M e y e r s - A n d e r s o n, 1981, p. 16–17).

Este evident faptul că, pentru a găsi soluţia, terapeutul trebuie să adopte un stil interacţional de cooperare cu clientul său.

După ce a luat decizia referitoare la natura problemei şi a alcătuit schema demersului terapeutic, psihoterapeutul va trasa clientului prima sarcină pentru acasă.

Schema îl ajută pe terapeut cum să răspundă solicitărilor şi reacţiilor clientului într-o manieră cooperativă.

Mai precis, în prima şedinţă de psihoterapie, terapeutul trasează clientului o temă concretă pentru acasă şi dacă aceasta este îndeplinită exact, atunci este util să se traseze o nouă sarcină concretă.

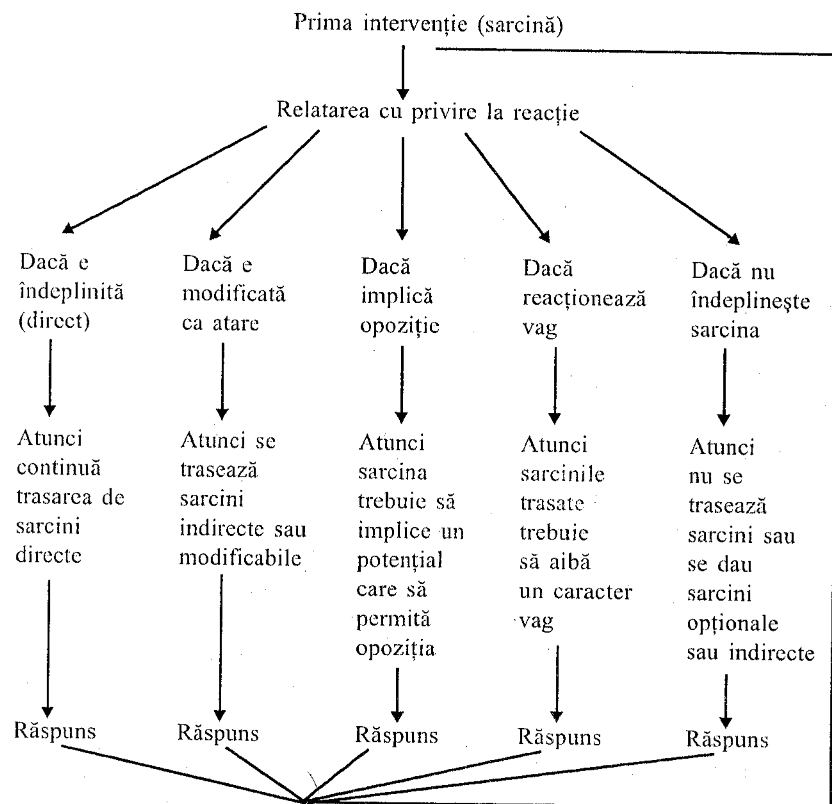
În cazul în care clientul relatează că nu şi-a îndeplinit sarcina pentru acasă, atunci este indicat să nu se mai traseze o altă sarcină în respectiva şedinţă de psihoterapie.

Dacă pacientul raportează că a adus unele modificări sarcinii trasate, atunci terapeutul va trasa o nouă sarcină care să fie foarte uşor modificabilă sau sarcină care să implice o alegere.

Când relatarea clientului este vagă sau confuză, şi sarcina terapeutică trasată trebuie să aibă un caracter vag şi confuz.

Aceasta înseamnă de fapt că acţiunea terapeutului trebuie să fie în acord cu răspunsul clientului, totul desfăşurându-se asemănător cu un joc de tenis. Acţiunea terapeutului, aşa cum spuneam, trebuie să corespundă reacţiei clientului, dar să fie suficient de diferită pentru a produce o modificare.

Realizată în acest mod, prina şedinţă de psihoterapie are un caracter diagnostic, terapeutul încercând să descopere maniera în



Shazer (1985, p. 68)

care clientul cooperează şi apoi să-şi conducă intervenţia în funcţie de această manieră. Relatările clientului din cursul şedinţelor viitoare îl informează pe terapeut în legătură cu stilul de cooperare al clientului şi terapeutul îşi modifică, dacă este cazul, modul de intervenţie.

În demersurile sale ulterioare, Shazer (1985) şi echipa sa au ajuns la concluzia că stilul cooperativ gen „meci de tenis" trebuie cumva depăşit, în sensul că acesta trebuie să iniţieze (să producă) anumite reacţii la clienţii săi.

Cu toate acestea, accentul în prima şedinţă, este pus pe stabilirea raportului şi pe iniţierea cooperării cu clientul.

Ceea ce trebuie să realizeze terapeutul este să modeleze procesul schimbării în aşa fel încât, procesul de schimbare să ia o astfel de direcţie încât clientul să-şi rezolve problema. Contextul terapeutic trebuie utilizat în mod constructiv în aşa fel încât să se *creeze la client expectaţia cu privire la o schimbare observabilă.*

În loc să activeze rezistenţele, respectiv declanşarea luptei client-terapeut sau schimbare-non-schimbare (Shazer, 1979 c; 1982 a), abordarea lui Shazer are, aşa cum am mai subliniat, un caracter cooperativ.

Trebuie să avem în vedere faptul că noţiunea de rezistenţă nu reprezintă decât o metaforă care descrie anumite comportamente care se petrec în contextul terapiei. Mai precis, dacă terapeutul se aşteaptă la rezistenţe din partea clientului, atunci el nu va sesiza încercările acestuia de cooperare, în schimb, dacă el solicită cooperarea, rezistenţele nu se vor manifesta.

Atunci când clienţii se prezintă la psihoterapie cu problemele lor, expectaţiile lor pentru viitor sunt că lucrurile vor merge „din rău în mai rău". Fiecare încercare nereuşită de rezolvare a problemei conduce la întărirea expectaţiilor legate de eşec şi, astfel, pacienţii ajung să evalueze problema lor ca fiind o problemă nerezolvată.

Modificarea acestor expectaţii se va produce atunci când se va produce o anumită schimbare în condiţiile ce caracterizează situaţia problematică. Terapeutul, ca sursă investită cu autoritate, trebuie să modifice aceste expectaţii şi să genereze schimbarea.

Astfel, de pildă, un cuplu s-a prezentat la terapie pentru că cei doi soţi se certau în continuu. De fiecare dată ei îşi promiteau lor înşuşi, părinţilor, prietenilor că vor înceta să se mai certe, dar de fiecare dată o luau de la capăt.

Atunci când terapeutul i-a solicitat pe cei doi soţi certăreţi să-şi descrie viaţa lor în comun, terapeutul a valorizat pozitiv tot ceea ce realizau cei doi şi care era benefic pentru ambii (adresând complimente sau mesaje de încurajare), fapt ce a reprezentat o primă treaptă în construirea expectaţiilor pozitive în legătură cu viitorul lor în calitate de cuplu.

Desigur, în cadrul oricărui cuplu mai există momente de dezacord sau de ceartă, situaţie în care terapeutul îşi va formula intervenţia astfel încât eventualele discuţii în contradictoriu să nu mai capete un caracter problematic, ci să fie privite ca aspecte normale ale existenţei.

Terapeutul specializat în terapia scurtă trebuie să reacţioneze la orice mică schimbare pe care s-o interpreteze ca un semn că lucrurile merg spre bine. Nu importă dacă unica schimbare reprezintă un comportament nou sau diferit, o excepţie de la regula generală de conduită a clientului sau ceva ce aparent nu are nici o legătură cu simptomul. Orice schimbare reprezintă o diferenţă pe baza căreia se poate construi soluţia terapeutică.

În orice caz, orice schimbare va reprezenta un pas în direcţia construirii unui nou set de expectaţii, care va conduce la rezolvarea problemei. Terapeutul trebuie să utilizeze orice schimbare spontană în comportamentul clientului, chiar dacă aceasta nu reprezintă consecinţa demersului terapeutic.

Aşa cum sublinia Milton Erickson (cit. Haley, 1976 b, p. 406), „obiectivul psihoterapiei este de a-l ajuta pe pacient în modul cel mai adecvat, potrivit şi acceptabil.

În acordarea acestui ajutor, terapeutul trebuie să-i acorde clientului deplin respect şi să utilizeze orice face sau prezintă acesta din urmă. Accentul trebuie să cadă, mai ales, pe ceea ce face pacientul în prezent şi pe ce va face el în viitor şi nu pe ceea ce s-a petrecut în trecutul îndepărtat. Sensul psihoterapiei trebuie să fie adaptarea pacientului pentru prezent şi viitor".

Milton Erickson aborda fiecare pacient cu expectaţia că schimbarea nu este doar posibilă, ci inevitabilă, terapeutul comportându-se cu atâta încredere, ca şi cum ar fi fost foarte surprins dacă schimbarea nu ar fi avut loc (Haley, 1967 a).

O dată create expectaţiile pozitive în legătură cu schimbarea, aceasta se va produce cu adevărat.

Deşi acest demers terapeutic nu ţine seama de trecut (ca psihanaliza), totuşi se pot utiliza anumite elemente legate de succesele trecute, explicabile sau accidentale, pentru a creşte încrederea în sine a clientului şi pentru a contribui la construirea setului de expectaţii pozitive cu privire la viitor.

În psihoterapia scurtă, terapeutul aşteaptă şi este sigur că schimbarea se va produce rapid.

TEHNICA BILEI DE CRISTAL

Această tehnică a fost pusă la punct de Milton Erickson, care a utilizat-o pentru o varietate de probleme.

Această tehnică este utilizată pentru a realiza o proiectare în viitor a pacientului, într-un viitor fericit, în care simptomul sau problema nu mai există.

Tehnica se poate aplica atât în transă hipnotică, dar şi în afara acesteia (Shazer, 1985). Cu ajutorul acestei tehnici, clientul îşi construieşte propria soluţie care poate apoi să servească ghidării procesului terapeutic.

Aşa cum a conceput Shazer (1985), tehnica aceasta a constat iniţial din vizualizarea mai multor bile de cristal.

I se cere clientului să vizualizeze în prima bilă de cristal o amintire plăcută din trecut, pe care a uitat-o. Aflându-se în transă hipnotică, acesta este solicitat să descrie amintirea respectivă cu cât mai multe detalii, acordând o atenţie deosebită mai ales la ceea ce fac celelalte persoane. Apoi amintirea este aşezată la locul ei şi clientul este scos din transă.

Această primă etapă serveşte următoarelor obiective:

a) să-l familiarizeze pe client cu tehnica bilei de cristal;

b) să se concentreze asupra comportamentului propriu şi asupra comportamentului celorlalţi;
c) să realizeze faptul că lucrurile uitate pot fi actualizate, după cum şi invers, cele memorate pot fi uitate.

Tehnica se repetă de mai multe ori până când pacientul se familiarizează cu aceasta.

A doua treaptă implică reinducerea transei şi solicitarea clientului să vizualizeze în bila de cristal un eveniment recent, dar pe care l-a uitat în mod surprinzător.

Se sugerează clientului ca respectivul eveniment să reprezinte un succes recent sau o situaţie care să fie o excepţie de la comportamentul simptomatic. Indiferent în ce constă amintirea, i se cere clientului să-şi descrie propriul comportament, precum şi comportamentul celorlalte persoane implicate în situaţie. După încheierea transei, terapeutul reorientează discuţia spre subiectele abordate înainte de inducerea transei.

Etapa a treia este cea mai importantă pentru că în cursul acesteia clientul este orientat către viitor.

La început, după inducerea transei, trecerea timpului este descrisă în detaliu şi apoi aceasta este astfel dirijată încât să devină tot mai vagă. Clientului i se cere să privească în bila de cristal, fără să se specifice faptul că este vorba de o anumită dată sau oră şi atunci când va reveni din transă să-şi amintească faptul că a rezolvat pozitiv problema.

În etapa a patra, bila de cristal este utilizată pentru ca pacientul să-şi amintească şi modul în care a rezolvat problema, reacţiile sale la acest proces, precum şi reacţiile celorlalte persoane implicate. Clientul este apoi scos din transă, reorientat spre realitate şi se discută despre ceva ce nu are legătură cu problema şi cu vizualizarea în bila de cristal.

Utilizându-se această tehnică, de regulă, clientul găseşte singur soluţia, după un anumit timp şi, adesea, soluţia găsită nu este cea imaginată în transa hipnotică.

Ulterior, Shazer (1985) a început să utilizeze tehnica şi în afara transei hipnotice, solicitându-i subiectului să vizualizeze în stare de veghe răspunsul la întrebarea:

„Cum vor arăta lucrurile pentru tine şi pentru ceilalţi atunci când problema ta va fi rezolvată?"

Foarte multe persoane sunt capabile să realizeze o proiecţie pozitivă în viitor şi în afara transei hipnotice.

Ceea ce este important este că pacientul, o dată ce a realizat imaginea vieţii sale viitoare în absenţa simptomului, va întreprinde ceva diferit, în mod spontan, astfel încât viziunea cu privire la viitor să devină realitate. Deoarece este relativ dificil de prognozat variante încununate de succes în domeniul problemelor umane, este indicat ca terapeutul şi clientul să construiască împreună soluţii alternative de rezolvare a situaţiei pentru care a fost solicitată terapia.

D-na Ionescu a solicitat hipnoza pentru că aceasta a ajutat-o pe mama ei să se lase de fumat după 25 de ani. Clienta, mamă a doi copii mici (sub şase ani), suferea de atacuri de panică şi s-a prezentat la psihoterapie pentru că mama ei a refuzat s-o mai însoţească permanent la cumpărături.

Pacienta a divorţat în urmă cu trei ani şi de atunci, datorită atacurilor de panică, trebuia să fie permanent însoţită în oraş de mamă, prieteni sau vecini. Aceasta a solicitat ajutorul pentru că atacurile de panică se amplificau tot mai mult şi se temea că-şi va pierde prietenii, pentru că îi sâcâia prea mult, şi că vecinii vor începe s-o evite. În momentul prezentării la terapie ea nu se temea doar să meargă la piaţă, ci în orice alt loc aglomerat. Temerile ei îi influenţau tot mai mult viaţa şi ea a început să se simtă singură şi izolată. În acelaşi timp, ea nu putea cunoaşte bărbaţi pentru că se temea să intre în situaţiile în care i-ar putea cunoaşte.

În afară de două atacuri de panică pe care le-a prezentat imediat după divorţ, pacienta nu a mai avut nici unul, pentru că nu s-a mai expus nici unei situaţii anxiogene, ea deplasându-se în permanenţă însoţită de cineva.

Etapa întâi şi a doua a terapiei au durat patru şedinţe. La început, vizualizările ei în bila de cristal păreau nişte filme realizate de altcineva. Chiar după ce s-a obişnuit cu tehnica, pacientei îi venea greu să descrie ce se întâmplă exact în scena respectivă.

La un moment dat, terapeutul s-a declarat mulțumit, deoarece clienta a trăit o situație psiho-socială ca fiind încununată de succes.

În ședința a cincea s-a trecut la etapele trei și patru. Clienta a avut unele dificultăți în etapa a patra, a ieșit spontan din transă, dar a reintrat în transă tot în mod spontan. La sfârșitul ședinței, clienta a zâmbit și a adresat mulțumiri terapeutului. La ședința următoare, ea a relatat faptul că în cursul ultimei săptămâni a mers singură la piață, a simțit că atacul de panică tinde s-o cuprindă, dar nu i-a permis să pună stăpânire pe ea. După a treia ieșire neînsoțită, temerile ei au dispărut complet și nu au mai apărut timp de un an de zile, după care pacienta a fost scoasă din evidență. Pacienta a relatat faptul că ceea ce a văzut în bila de cristal nu era deplasarea ei la piață și că soluția i-a părut mult mai simplă decât s-ar fi așteptat.

D-l. Rădulescu, tânăr inginer, de 27 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru tulburări de dinamică sexuală: nu a mai avut erecție de cinci ani. Cu doi ani înainte, acesta a divorțat de soție, aceasta plecând în străinătate pentru a face carieră profesională.

Pacientul punea divorțul pe seama dificultății sale de erecție, dar, în același timp, considera că dificultățile sale au stat și în calea carierei soției sale, atâta timp cât au fost căsătoriți. Acesta se aștepta ca după divorț, devenind mai liber și mai activ sub aspect social, dificultățile sale să dispară, ceea ce nu s-a întâmplat. În ultimii cinci ani, pacientul a urmat diverse tipuri de psihoterapie, atât singur, cât și împreună cu fosta soție. Deși nu se mai simțea deprimat, pacientul prezenta în continuare problema respectivă, fapt ce l-a determinat să solicite hipnoza. Înainte de cei cinci ani, pacientul nu a prezentat nici un fel de dificultăți sexuale. Problema s-a instalat în al treilea an de căsnicie. Pacientul a discutat de multe ori despre această problemă cu terapeutul său și cu două femei cu care se întâlnea din când în când. Cu toții au ajuns la concluzia că acesta nutrea un resentiment pentru cariera strălucită a soției sale și poate chiar ura femeile. Pacientului nu i-a convenit concluzia respectivă și

s-a decis să-și rezolve problema pentru a dovedi tuturor că s-au înșelat.

Domnul Rădulescu s-a străduit atât de tare să intre în hipnoză, încât abia la a treia ședință a reușit cu adevărat acest lucru.

Acesta făcea sport, baschet, pe care-l lua foarte tare în serios. În perioada aceea, echipa din care făcea parte a căzut de pe locul trei pe locul opt în campionat, datorită ratărilor sale la aruncările la coș. Pacientul a urmărit înregistrările video cu meciurile respective pentru a vedea ce anume a greșit. Terapeutul i-a sugerat că ar fi mai bine să se vizualizeze pe sine marcând corect, dar, din păcate, nu existau înregistrări video cu aruncări reușite.

Terapeutul a indus hipnoza, cerându-i să închidă ochii, să se imagineze pe terenul de baschet și să-și reprezinte imaginile, sunetele, mirosurile și senzațiile fizice asociate cu prezența sa pe teren. Ședința de hipnoză s-a terminat după ce clientul și-a reprezentat două aruncări reușite.

La ședința următoare, clientul a raportat faptul că s-a comportat bine pe terenul de sport și a fost gata pentru o nouă inducție hipnotică, în cursul căreia i s-a sugerat să-și amintească aruncările reușite la coș. Apoi a fost utilizată tehnica bilei de cristal, cerându-i-se să-și amintească un act sexual reușit. La sfârșitul ședinței, pacientul a declarat: „dacă și această bilă de cristal funcționează așa cum a funcționat cealaltă, în seara aceasta rezolv problema!". Terapeutul i-a sugerat să nu fie chiar atât de sigur de acest lucru. Din păcate, întâlnirea nu a mai avut loc, așa că pacientul nu a putut să-și verifice cu acel prilej predicția. Ședința următoare de psihoterapie a fost utilizată pentru a proiecta succesul pentru o perioadă nedeterminată din viitor. Apoi bila de cristal a fost din nou folosită pentru a retrăi succesele și eșecurile întâlnite în drumul către rezolvarea totală a problemei sale.

Deoarece, clientul avea tendința de a se strădui prea tare, terapeutul s-a temut că acesta va interpreta orice eșec ca pe o catastrofă și, din acest motiv, a sugerat ideea că și eșecul face

parte din drumul spinos către succesul deplin (prevederea recăderilor). Peste trei săptămâni, clientul a relatat despre primul succes, care a mai fost urmat de două eşecuri. După un an, clientul şi noua soţie s-au prezentat la psihoterapie pentru problemele pe care le aveau cu educaţia copilului şi au relatat că viaţa sexuală merge perfect.

Marian a trimis-o pe Paula la psihoterapie pentru că gelozia acesteia devenise insuportabilă (caz adaptat după Shazer, 1985).

Terapeutul a constatat că şi pentru ea gelozia reprezenta o problemă. În cursul primului interviu terapeutic acesta a întrebat-o „de unde va afla Marian că problema ta este rezolvată?".

Din discuţii a rezultat faptul că Marian era un tânăr liniştit, care abia dacă scotea câteva cuvinte în societate. Totul era în regulă însă până când acesta se adresa unei femei. În acest moment, Paula declanşa o scenă şi pleca acasă. Clienta considera că problema va fi rezolvată atunci când Marian va putea vorbi unei femei în prezenţa soţiei sale, fără ca aceasta din urmă să se înfurie.

Terapeutul a întrebat-o dacă ea ar trebui să-şi modifice sentimentele sau dacă ar fi suficient dacă ea şi-ar manifesta într-o mai mică măsură sentimentele de gelozie. Paula a spus că Marian nu va sesiza diferenţa şi că acest lucru ar fi suficient.

În momentul respectiv, Paula se afla în Bucureşti doar pentru a-şi rezolva problema, ea fiind doar în contact telefonic cu Marian. Cei doi sperau că psihoterapia va salva relaţia dintre ei şi au decis ca ea să revină acasă doar după ce problema va fi rezolvată. Deoarece, partenerii nu se vedeau unul pe celălalt, era greu de ghicit când va fi momentul ca Paula să se întoarcă acasă. Paula a afirmat că acel moment ar fi când ea va da un telefon neanunţat, nu-l va găsi acasă pe Marian şi nu se va enerva. Interesant este faptul că soţul nu i-a dat până în prezent nici un motiv de gelozie Paulei, singura problemă fiind faptul că el conversa cu alte femei. Din interviu a rezultat faptul că Marian nu-i dădea soţiei atenţia pe care aceasta şi-o dorea. Ea era convinsă că în fundul sufletului său acesta o iubeşte, dar, dintr-un motiv sau altul, era incapabil să i-o arate.

Terapeutul i-a prezentat Paulei următorul mesaj ca reprezentând prima treaptă a tehnicii bilei de cristal:

„În primul rând se pare că tu şi Marian ţineţi suficient de mult unul la celălalt pentru că altfel nu aţi fi alocat acest timp tratamentului a ceea ce voi numiţi gelozie. Cred că gelozia"reprezintă modalitatea prin care tu îţi manifeşti dragostea pentru Marian. De fapt, se pare că tu manifeşti suficientă afecţiune pentru amândoi.

Analizând ceea ce ai spus, mă întreb dacă tu încetezi să-ţi mai manifeşti atâta afecţiune în public, de unde vor şti ceilalţi că voi aparţineţi unul celuilalt?

Începând de acum şi până data viitoare, aş dori să-ţi aminteşti de momentele când Marian ţi-a arătat afecţiunea pe care o poartă în inima sa şi anume când şi unde se simte el suficient de în largul său pentru a o face".

La şedinţele următoare, Paula a descris în detaliu rarele ocazii când soţul i-a arătat afecţiune. Ea s-a bucurat că i-a fost trasată acest fel de sarcină pentru că aproape că uitase de evenimentele respective. Clienta şi-a amintit, de asemenea, că încrederea pe care i-o arăta Marian în calitate de partener de afaceri reprezenta un alt semn că acestuia îi pasă de ea. Cei doi erau atât de fericiţi să lucreze împreună încât Paula ar fi acceptat chiar să renunţe la relaţia de dragoste dacă ar fi fost necesar, pentru a păstra relaţia de muncă. Clienta a afirmat şi faptul că s-a gândit mai bine şi că, într-adevăr, terapeutul are dreptate. Marian nu-i arăta suficientă afecţiune şi ea încerca să utilizeze gelozia pentru a-l provoca să-i acorde atenţia şi dragostea pe care şi-o dorea. Paula considera că problema va fi rezolvată atunci când Marian îi va arăta în mod spontan afecţiune sau îi va spune: „te iubesc".

În continuare, clienta şi terapeutul au discutat despre mijloacele pe care ea le-ar putea utiliza pentru a scoate la iveală afecţiunea care credea că e ascunsă în sufletul lui Marian.

Terapeutul i-a prezentat următorul mesaj care implica, de asemenea, utilizarea bilei de cristal:

„În primul rând mă întreb ce se va întâmpla dacă tu nu-ţi vei mai manifesta gelozia pentru a proteja relaţia ta de afaceri. Marian s-ar putea să reacţioneze. În acelaşi timp, cred că un comportament pasiv nu este suficient, pentru că Marian ar putea crede că nu-ţi pasă, că ţi-ai pierdut interesul pentru el.

În al doilea rând, ar trebui să te comporţi mai enigmatic pentru a-i provoca gelozia fără să faci de fapt nimic.

În al treilea rând, probabil că ar trebui să fii pasivă şi seducătoare în acelaşi timp, fapt ce i-ar putea declanşa exprimarea afecţiunii.

Începând de acum şi până la şedinţa viitoare aş dori să te gândeşti la diferenţele pe care le vor produce aceste trei schimbări în relaţia voastră.

Imaginează-ţi cum va reacţiona el atunci când tu vei face ceva diferit".

După trei zile, clienta a revenit la psihoterapie afirmând că a vizualizat în bila de cristal un viitor care nu-l includea pe Marian. La început ea a fost şocată de această idee, dar cu cât se gândea mai mult la aceasta, cu atât se simţea mai uşurată: „dacă el nu o iubea, ea nu trebuia să rămână cu el". Gândindu-se mai bine, ea a decis că nu-i va mai spune „te iubesc" când îi va telefona din nou şi va fi atentă dacă va apărea vreo diferenţă. De asemenea, clienta a decis că va pleca acasă pentru că dacă Marian nu-i va arăta în mod spontan afecţiunea, atunci ea va şti că s-a înşelat în privinţa sentimentelor lui faţă de ea. Ea a hotărât că nu-i va acorda afecţiunea şi nu se va comporta seducător şi misterios. În cazul în care el nu simte nevoia să-i arate că ţine la ea, ea nu va mai căuta să provoace la el manifestarea afecţiunii.

De asemenea, ea s-a hotărât să nu mai manifeste nici sentimente de gelozie.

La următoarea convorbire telefonică ea nu i-a mai spus că îl iubeşte şi nici el nu i-a spus nimic.

După două zile, Paula i-a telefonat spunându-i că se întoarce acasă şi el i-a răspuns: „E bine. Ţi-am simţit lipsa".

Această afirmaţie a convins-o că merge pe un drum corect şi că se poate descurca şi dacă relaţia lor va lua sfârşit.

În finalul terapiei, terapeutul i-a transmis următorul mesaj:

„Sunt impresionat de decizia ta precum şi de faptul că ai pus-o în aplicaţie atât de repede. Ceea ce ai afirmat astăzi mă face să cred că poate Marian nu este demn de tine şi de afecţiunea ta. Nu sunt însă sigur că lucrurile stau chiar aşa, pentru că poate ceea ce credeai că este ascuns în sufletul lui Marian se află cu adevărat acolo, dar dacă nu poţi scoate la iveală sentimentele lui comportându-te în mod pasiv, poate că aşa stau lucrurile. Mă întreb dacă eşti dispusă să aştepţi ani întregi până când îţi va acorda un mic semn de dragoste?".

La acest mesaj, clienta a răspuns:

„Sunt dispusă să aştept câteva săptămâni, poate chiar câteva luni, dar în nici un caz ani de zile". Din relatările unei rude apropiate cei doi se aflau încă împreună după şase luni.

Exemplele prezentate mai sus evidenţiază faptul că, fie că se utilizează transa, fie că nu, şedinţele de psihoterapie scurtă seamănă cu ceea ce se petrece în hipnoză pentru că modifică atitudinile şi modelele obişnuite de comportament prin utilizarea unor sugestii indirecte, acestea declanşând noi tipuri de asociaţii şi actualizând disponibilităţile latente ale pacientului pentru a implementa anumite scopuri terapeutice" (după Erickson, Rossi şi Rossi, 1976, p. 20).

Detectivul Hercule Poirot, personajul romanelor Agathei Christie, spunea că metoda sa consta din a asculta martorii şi suspecţii, până când aceştia îi spun ceea ce el doreşte să afle. Din cele auzite, detectivul construia o realitate care îl conducea la soluţionarea cazurilor la care lucra.

În acelaşi mod, în cursul interviului preliminar, terapeutul trebuie să-l asculte pe client pentru că acesta este cel care-i va furniza cheia rezolvării problemei.

Shazer (1985) subliniază faptul „că fiecare pacient poartă cu sine cheia problemei sale", terapeutul având doar sarcina de a asculta.

Terapeutul trebuie să-l ghideze pe client să abordeze toate problemele, să extragă elementele necesare construirii soluției terapeutice. În timp ce terapeutul se retrage, clientul este lăsat să aștepte în cabinetul de psihoterapie și acesta se întreabă: „oare ce îi va spune terapeutul atunci când va reveni?" Această pauză are un caracter *hipnotic* (sugestiv), scopul ei fiind punerea în acțiune a *atenției expectante,* care arată că într-adevăr clientul așteaptă soluția de la terapeutul său. Acesta reprezintă momentul administrării sugestiilor indirecte de redirecționare și schimbare a sistemului de referință în care se mișcă clientul (Erickson și Rossi, 1979).

Pentru facilitarea introducerii sugestiilor terapeutice, terapeutul începe prin a adresa complimente clientului în legătură cu ceea ce face acesta în mod pozitiv pentru sine însuși.

Aceste complimente pot să aibă, dar pot tot atât de bine să nu aibă nimic comun cu problema simptom. Obiectivul adresării de complimente constă în formarea setului de răspunsuri afirmative (Erickson și al., 1976; Erickson și Rossi, 1979; Shazer, 1982 a), care facilitează crearea la client a unui set atitudinal favorabil acceptării noului.

Directivele, sarcinile și sugestiile indirecte acționează în același mod cu sugestiile post-hipnotice și acestea sunt adesea conectate cu anumite evenimente care servesc drept declanșatori pentru a pune în acțiune un comportament diferit.

Setul de răspunsuri pozitive („da") îl ajută pe client să accepte mai ușor intervenția terapeutică.

De regulă, terapeutul află dacă pacientul a acceptat mesajele și sarcinile sale prin observarea discretă a comportamentului non-verbal al acestuia.

În cazul în care clientul evită contactul vizual, privește în jos sau în lături și stă crispat, cu brațele încrucișate, toate acestea reprezintă semne că este puțin probabil ca mesajele terapeutice să fie acceptate.

CONSTRUIREA PROBLEMELOR

O dată ce este solicitat ajutorul, natura problemei ca și soluția probabilă trebuie redefinită de către terapeut. Acesta trebuie să stabilească împreună cu clientul obiectivele terapiei, deoarece, în absența acestora, nici unul dintre cei doi nu știe dacă demersul a fost sau nu încununat de succes.

Shazer (1985) prezintă următoarea regulă a terapiei scurte (p. 93):

„Terapeutul trebuie să știe ce să nu facă, iar ceea ce a făcut clientul până atunci reprezintă exemplul cel mai clar de ce anume nu trebuie făcut".

Deoarece, clienții au de cele mai multe ori dificultăți în stabilirea scopurilor, terapeutul este cel care „construiește" problema în așa fel încât obiectivul pentru viitor să rezulte în mod clar.

Tehnica bilei de cristal (Erickson, 1954 a și Shazer, 1978 a) îl ajută pe client să-și reprezinte lumea atunci când problema sa va fi rezolvată și ceea ce acesta așteaptă să se întâmple va determina ceea ce se va întâmpla cu adevărat. Același mecanism funcționează și în menținerea simptomului pentru că dacă ne așteptam ca „acel lucru rău" să se repete la nesfârșit, expectațiile noastre se vor îndeplini (Berger, Cohen și Zeldich, 1966).

Schimbarea se va produce dacă se vor modifica într-o anumită măsură condițiile și expectațiile subiectului.

Atunci când obiectivul terapiei este definit, clientul va aștepta să se producă ceva diferit și aceasta reprezintă un punct de plecare pentru modificarea comportamentului.

Subliniem încă o dată faptul că întrebarea: „de unde vei ști că problema ta este rezolvată?" este crucială pentru găsirea soluției terapeutice eficiente.

Exemplul următor ilustrează legătura dintre simptom (plângeri), construirea problemei, obiectivele și soluțiile potențiale și sarcinile trasate pentru rezolvarea situației problematice.

Familia considera comportamentul lui Maxine ca fiind „ciudat". Acesta persista, în ciuda eforturilor fetei de a-l opri. La început, problema a fost definită ca o problemă medicală, apoi ca una psihologică, dar în nici unul din cazuri nu a fost găsită soluția. În acest caz, terapeutul fixează obiective sau scopuri alternative.

S-a încercat, tot fără rezultat, abordarea acesteia ca o problemă de familie sau ca o problemă specifică de adolescentă.

S h a z e r şi echipa sa au abordat problema prin intermediul unor multiple renegocieri şi redefiniri şi în cele din urmă au găsit soluţia.

Maxine, de 16 ani, sora ei Sally, de 17, şi părinţii s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru că Maxine vomita după fiecare masă. Fata şi familia acesteia erau de părere că ea ar trebui să înţeleagă de ce vomită pentru a opri acest comportament.

La început, reacţia ei de vomă era forţată şi deliberată, dar când s-a decis să oprească acest comportament a constatat cu surpriză că vomită în continuare, în mod automat şi involuntar. Terapeutul a întrebat-o ce anume va fi diferit dacă ea va înceta să vomite şi fata a răspuns că va putea să mănânce ceea ce doreşte să mănânce, fără să aleagă doar acele alimente care vor rămâne în stomac. De asemenea, ea a afirmat că sora ei va înceta s-o necăjească sau, oricum, o va necăji mai puţin. Ea a mai descris şi alte conflicte şi probleme pe care le avea cu sora ei, pe care familia o considera „fata cea bună".

Întreaga familie a fost de acord cu faptul că Maxine era cumva diferită de restul familiei şi că era important pentru ea să fie privită ca o persoană diferită, deşi celorlalţi membrii ai familiei nu le era pe plac acest lucru.

Reacţia de vomă era un fel de „secret" pentru că nici părinţii şi nici sora ei nu ştiau dacă şi când o face.

Aşa cum apărea la prima vedere, nu era vorba de un pattern interacţional axat în jurul reacţiei de vomă (dacă A, atunci B), reacţia de vomă şi atunci comportamentele C şi D.

Mama şi tatăl verificau cam o dată pe săptămână dacă ea continua să vomite, iar sora ei o necăjea. Părinţii se înţelegeau bine şi păreau dispuşi să facă orice pentru a-şi ajuta fiica.

Terapeutul a cerut fiecărui membru al familiei să aprecieze în ordine ierarhică cine este cel mai deranjat de problema-simptom?

Fiecare din cei patru a dat un răspuns diferit. Tatăl a considerat că mama este cea mai afectată, mama şi Maxine au trecut-o pe Marine pe locul întâi, iar sora a considerat că tatăl este cel mai afectat de simptom.

În urma consultării cu echipa sa, terapeutul a ajuns la următoarea concluzie: toţi membrii familiei sunt în acelaşi timp în mod egal preocupaţi de simptom şi în mod egal nepreocupaţi de acesta.

Pe baza acestei observaţii au fost construite următoarele supoziţii:

(1) Deoarece membrii familiei interacţionau atât de puţin în jurul simptomului, problema nu putea fi descrisă ca reprezentând „sacrificiul" Maxinei pentru a menţine familia unită. Ipoteza că reacţia de vomă ar servi drept scop să menţină familia unită cade.

(2) Deoarece părinţii nu erau nici supraimplicaţi, nici sub-implicaţi, problema nu poate fi rezolvată nici prin aceea că dacă un membru al familiei subimplicat va deveni mai implicat şi aceasta ar conduce la soluţie.

(3) Nu se potriveşte nici ipoteza conform căreia simptomul ar servi pentru a-i face pe părinţi să-şi ia mai în serios rolul de părinţi, pentru că aceştia din urmă cooperau bine, dar fetele se comportau corespunzător vârstei, învăţau bine şi erau destul de independente.

Terapeutul putea accepta definiţia Maxinei (reacţie automată de vomă) şi soluţia sugerată de aceasta: să afle din ce cauză se întâmplă acest lucru, dar familia şi ceilalţi terapeuţi mai încercaseră acest tip de abordare, fără succes.

Din acest motiv, terapeutul a decis că problema va trebui să fie definită în mod diferit, ca reprezentând o aberaţie care scapă de sub controlul Maxinei şi familiei şi o priveşte doar pe Maxine şi s-a decis s-o cheme la psihoterapie pe clientă singură.

Discuţiile cu pacienta au evidenţiat faptul că Maxine făcea toate lucrurile foarte bine: învăţa bine, lucra pentru a câştiga bani, se întâlnea cu băieţi şi făcea sport. Timp de două şedinţe de psihoterapie, terapeutul şi echipa au încercat să soluţioneze problema acordând o nouă semnificaţie etichetei „sunt o fată diferită de ceilalţi".

Terapeutul a fost de acord cu ea că a fi diferit este un lucru bun şi că ea trebuie să se străduiască în continuare să fie diferită şi că ea va mai simţi nevoia să vomite până când va descoperi un nou mod, mai puţin nociv, de a fi altfel decât ceilalţi.

Această abordare nu a dat rezultate, pentru că Maxine nu a găsit o nouă modalitate de a fi diferită şi s-a autodefinit ea „o victimă neajutorată a stării de vomă!".

Reacţia de vomă se declanşa spontan şi soluţia trebuia să aibă, de asemenea, un caracter spontan. Problema trebuia deci să fie reconstruită. Din fericire, Maxine a mai oferit terapeutului şi alte obiective, dintre care unul era legat de relaţia cu sora ei.

În cursul celei de-a treia şedinţe, terapeutul a întrebat-o pe Maxine dacă va face ceea ce i se va spune pentru a înceta să vomite, fără să afle de ce vomită şi fără să se întrebe de ce terapeutul i-a cerut să facă acel lucru.

Terapeutul a asigurat-o că ceea ce i se va cere să facă va fi benefic pentru ea şi nu va fi ceva imoral, ilegal, periculos sau dificil.

Echipa terapeutică a decis că intervenţia va da rezultate în cazul în care Maxine va fi „victima neajutorată" a respectivei intervenţii.

Maxine a afirmat că va şti că problema este rezolvată atunci când se va modifica relaţia cu sora ei.

Terapeutul a construit problema ca fiind de natură interpersonală: una din surori atacând, iar cealaltă reacţionând în mod involuntar, în mod defensiv, prin retragere.

Terapeutul i-a spus clientei că nu-i va face plăcere sarcina terapeutică, dar că s-a angajat s-o îndeplinească.

Pentru a spori expectaţiile acesteia, terapeutul i-a spus că nu-i va dezvălui încă despre ce este vorba, dar că este ceva „teribil". Sarcina terapeutică a fost următoarea:

Începând de acum, ori de câte ori ea va vomita, ea va trebui să-i dea surorii ei 5 dolari fără să-i ofere nici o explicaţie şi să-i ceară o chitanţă pentru bani.

Maxine a rămas stupefiată şi a spus că sora ei o va considera „nebună", dar a acceptat să îndeplinească sarcina.

Prin intermediul acestei sarcini şi prin angajamentul dat „în orb", simptomul involuntar devine voluntar.

La şedinţa următoare, fata a adus doar 2 chitanţe în 14 zile.

Clienta a aflat acum de ce nu a mai vomitat: o costa prea scump.

Terapeutul a modificat reacţia de vomă (acum voluntară) pentru a modifica relaţia (acum involuntară şi costisitoare) cu sora ei. Maxine nu şi-a mai bătut capul de ce a vomitat până atunci, dar s-a străduit din răsputeri pentru a nu-i mai plăti bani surorii sale.

Terapeutul a sugerat faptul că, deoarece ea nu ştie de ce a vomitat, s-ar putea să mai vomite săptămânile următoare. Maxine nu a fost de acord şi i-a demonstrat terapeutului că se înşeală. Ea a relatat faptul că nu-i plăteşte bani surorii sale şi că între ele apar mai puţine conflicte.

Modelele vechi, involuntare, de comportament au fost înlocuite cu modele noi, de comportament voluntar, care nu mai presupun retragerea.

SIMPLIFICAREA DEMERSULUI TERAPEUTIC

Abordarea psihoterapeutică sistemică postulează faptul că familiile sau orice alte grupuri de subiecţi nu reprezintă simple agregate de indivizi izolaţi, ci reprezintă sisteme complexe aflate în interacţiune şi nu doar o sumă a părţilor componente. Din acest motiv, schimbarea suferită de unul dintre membrii componenţi ai sistemului se va repercuta asupra sistemului în ansamblu (Watzlawick şi al., 1967).

Aceasta ne permite, pe de-o parte, să minimalizăm intervenţia psihoterapeutică, iar, pe de altă parte, să utilizăm complexitatea sistemului în construirea soluţiei care însă trebuie să fie adecvată realităţii sistemice, individuale şi interpersonale.

În viziunea lui Shazer (1985), problemele reprezintă acele aspecte de care se plânge clientul şi asupra cărora clientul şi terapeutul pot întreprinde ceva pentru a le rezolva.

Dacă plângerea este un element în legătură cu care nu se poate face nimic, atunci acesta nu reprezintă o problemă, indiferent cât de neplăcută este situaţia.

Sistemul luat în considerare în psihoterapie include:

1) clientul (cuplul sau familia);
2) problema (plângerea sau simptomul);
3) terapeutul şi eventual co-terapeuţii aflaţi în spatele oglinzii cu o singură faţă;
4) interacţiunile dintre elementele menţionate mai sus.

Conform concepţiei psihoterapeutice sistemice şi holiste, schimbarea terapeutică poate începe din orice punct al sistemului (Shazer şi Molnar, 1984 a). Astfel, de pildă, pentru ca soluţia să fie găsită, poate fi necesară o schimbare în cadrul echipei terapeutice, a modului în care aceasta abordează problematica pacientului, a interrelaţiilor membrilor echipei terapeutice sau chiar a persoanei care va îndeplini rolul de psihoterapeut principal.

Acuzele clientului pot îmbrăca forma plângerilor soţului sau soţiei în legătură cu mariajul, a părinţilor sau a unui părinte în legătură cu atitudinea şi comportamentul copilului etc. De cele mai multe ori însă numai o persoană se prezintă la cabinetul terapeutului, deşi ar trebui să se prezinte mai multe. Din acest motiv, dacă nu ar fi posibilă abordarea holistă, prezenţa doar a unui element al sistemului perturbat ar reprezenta o piedică în calea identificării soluţiei psihoterapeutice.

Trebuie totuşi subliniat faptul că persoana care se prezintă la psihoterapie este, de regulă, cea cu acuzele şi nemulţumirile cele mai mari şi, din acest motiv, cea care doreşte cel mai mult să lucreze cu terapeutul pentru a modifica ceva în legătură cu aria problematică.

Cu alte cuvinte, punctul de vedere interacţional postulează faptul că modificarea modelului de comportament al oricărui membru al sistemului (familie, grup) va conduce implicit la modificări semnificative şi la ceilalţi membrii ai sistemului.

Această supoziţie stă la baza eficienţei terapiei chiar dacă nu se prezintă la şedinţe toţi membrii familiei. Rezolvarea problemei clientului nu implică deci prezenţa întregii familii la psihoterapie.

Watzlawick şi Coyne (1980) au descris o situaţie în care membrii familiei au venit la psihoterapie pentru că nu puteau suporta ideea că tatăl lor a suferit un accident cerebral şi, datorită depresiei sale, recuperearea era dificilă. Terapeutul a acţionat asupra celor prezenţi şi drept consecinţă s-a ameliorat şi depresia tatălui, care suferise accidentul vascular.

Un caz ilustrează aplicarea concepţiei sistemice în soluţionarea unor dificultăţi maritale. Acestea au fost prezentate de soţie care s-a prezentat singură la terapie, soţul nefiind în nici un fel inclus în acest demers.

În finalul terapiei s-a constatat modificarea comportamentului soţului ca rezultat la schimbărilor de comportament ale soţiei.

D-na Ionescu trăia o stare de disperare şi panică în legătură cu căsnicia ei. Ea se plângea de faptul că soţul ieşea adesea în oraş seara fără ea sau nu venea acasă deloc. Acesta îi spunea că iese împreună cu prietenul său, care era necăsătorit, şi ea îl credea. Ori de câte ori ea îi reproşa acest mod de comportare, el îi spunea că nu are nici un motiv să-şi facă griji. Drept urmare, ea accepta situaţia respectivă şi chiar îi dorea „petrecerea frumoasă", conştientă fiind că indiferent cum va reacţiona ea, el tot aşa va proceda.

Ea rămânea acasă şi suferea de depresie, dureri de stomac, diaree, crize de plâns, dureri de cap şi avea chiar idei suicidare pe care însă le respingea datorită celor doi copii în vârstă de 4 şi 6 ani.

Clienta ţinea la căsnicia ei şi era dispusă să facă orice pentru a o păstra şi a o face să funcţioneze. Ea a încercat să vorbească cu soţul în legătură cu problema ei, sau să accepte în mod pasiv ceea ce se petrecea. Constatând că cicăleala ei nu-l ţinea acasă, ea s-a prezentat la psihoterapie în speranţa că va găsi o soluţie pentru a modifica situaţia. Clientei îi era clar că orice schimbare trebuia s-o realizeze ea, soţul considerând că lucrurile mergeau bine. În cazul în care nu reuşea să-l determine pe soţ să nu mai plece, ea îşi dorea măcar să poată accepta plecările lui fără să mai sufere.

Dna Ionescu şi-a modificat de mai multe ori comportamentul în speranţa că se va modifica şi comportamentul soţului, ceea ce l-a determinat pe terapeut să considere că ea ar fi dispusă să mai încerce şi alte modele de comportament.

Dl Ionescu era criminalist şi acestor oameni le plac misterele. Faptul că el nu ştia că soţia lui merge la psihoterapie a reprezentat punctul de pornire pentru găsirea soluţiei.

Terapeutul i-a adresat complimente clientei pentru răbdare şi pentru că a încercat totul pentru a rezolva problema, dar i-a spus că nu este suficient de misterioasă, pentru că în orice căsnicie este nevoie de puţin mister. Terapeutul a alcătuit o listă de acţiuni pe care dna Ionescu trebuia să le întreprindă pentru a părea mai enigmatică:

- *să se îmbrace frumos şi să iasă în oraş fără să spună unde se duce, înainte ca soţul să plece de acasă;*
- *să nu fie acasă la 4 dimineaţa când se întorcea soţul etc.*

Clienta a fost sfătuită să nu exagereze şi să nu întreprindă acţiuni de genul respectiv prea repede, dar să se gândească la cele sugerate.

Clienta a acceptat indicaţiile şi a recunoscut faptul că acestea reprezentau exact opusul a ceea ce făcuse ea până atunci.

La începutul şedinţei următoare ea a relatat faptul că soţul nu a mai plecat de acasă timp de o săptămână. În felul acesta, clienta a început să se simtă stăpână pe situaţie.

În week-end-ul următor ea a ieşit singură în oraş şi s-a întors la unu noaptea şi l-a găsit pe soţ aşteptând-o. Cei doi nu au comentat situaţia.

O altă intervenţie terapeutică a constat în a o învăţa pe clientă să-l îndemne pe soţul ei să plece de acasă şi să revină cât mai târziu noaptea.

În urma intervenţiei terapeutice, clienta a căpătat cel puţin iluzia că poate controla comportamentul soţului, controlându-şi propriul comportament. Această schimbare încununată de succes a fost suficientă pentru a conduce la creşterea încrederii în sine a clientei, fapt ce a pus bazele altor schimbări viitoare.

Alt caz ilustrat de Shazer (1988) arată modul în care schimbarea deliberată produsă la o persoană poate influenţa nu numai relaţia maritală, ci şi un context psihosocial mai larg. Soţul nu a mai fost chemat la psihoterapie pentru că problema părea să se rezolve mult mai bine lucrându-se cu soţia.

Cu două luni înainte de prezentarea la psihoterapie, dl C., în vârstă de 72 de ani, pensionar aflat în îngrijire la azil, a suferit o căzătură inexplicabilă care l-a lăsat foarte speriat şi cu dureri continue. Medicii considerau că nu existau motive întemeiate pentru faptul că el nu-şi revenea la nivelul anterior de funcţionare. Starea sa a devenit tot mai rea, a pierdut 14 kg, refuza să coboare din pat, şi-a pierdut interesul pentru lucrurile care înainte îi făceau plăcere, a început să fie tot mai irascibil, să rejecteze personalul de îngrijire şi să solicite în permanenţă prezenţa soţiei sale.

Înainte de acest episod, dna C. lucra cu normă întreagă şi rămânea cu soţul ei serile şi în week-end. Când ea nu putea să-l viziteze, el accepta acest lucru dacă i se spunea dinainte.

După căzătură, soţia a răspuns solicitărilor tot mai insistente ale soţului, crezând că astfel acesta se va recupera mai repede, dar, spre surprinderea ei, el se simţea tot mai rău. Cu cât ea încerca mai mult să-i facă pe plac, cu atât soţul devenea mai nervos şi o solicita mai mult. În acest punct, dna C. s-a simţit prinsă într-o capcană: dacă nu îl vizita zilnic şi nu făcea ceea ce i se spunea, soţul ei nu numai că se supăra pe ea, dar crea probleme întregului personal, care i se plângea, făcând-o să se simtă vinovată. Aflându-se în prag de pensie şi temându-se că soţul îi va cere să stea cu el toată ziua, ea s-a gândit la psihoterapie ca la o soluţie a problemei sale.

Cei doi soţi s-au prezentat la psihoterapie, soţul fiind adus într-un cărucior cu rotile. În momentul în care a intrat în cabinet, acesta era extrem de furios. El a negat că ar şti despre ce este vorba, iar când i s-a spus, a întrebat „stau oare lucrurile chiar aşa de rău?".

Dl C. a refuzat orice discuţie şi şi-a împins scaunul cu rotile afară din cabinet atunci când ceea ce a auzit nu i-a convenit.

Terapeutului şi echipei sale i-a fost clar că dl C. era un bătrân plângăreţ, descurajat şi furios din cauza dependenţei şi neajutorării sale. Atunci când i s-a spus acest lucru el a părut mai activ, a negat că ar fi adevărat, şi-a scos aparatul de auzit şi şi-a împins afară scaunul cu rotile. Dna C. a recunoscut faptul că i-a spus aşa ceva înainte ca acesta să cadă.

Terapeutul a emis ipoteza că deşi dl C. realiza tot mai multe solicitări, plângerile soţiei sale îl enervau şi îi sporeau teama că se află în stadiul terminal al bolii sale.

Cuplului i-a fost furnizat următorul mesaj:

„John, noi suntem foarte impresionaţi de cât de greu îţi este să înduri toate astea şi să nu fii cu Judith tot timpul, dar în ciuda acestor necazuri, ţi-ai păstrat mintea întreagă. Încă mai arăţi ca un bărbat adevărat, care ştie ce vrea şi care nu a dat «în primire».

Suntem, de asemenea, impresionaţi că după 42 de ani de căsnicie ţii atât de mult la soţia ta.

Judith, ne impresionează şi eforturile tale susţinute de a-l face pe John fericit, având în acelaşi timp propria ta viaţă. Puţine femei sunt atât de grijulii şi loiale ca tine.

Credem că amândoi vă aflaţi într-o situaţie dificilă şi faptul că tu Judith te străduieşti din răsputeri pentru amândoi, nu numai pentru tine însuţi, este cu adevărat un lucru deosebit.

Puţine femei sunt atât de altruiste".

A fost stabilită apoi o întâlnire terapeutică doar pentru dna C., considerându-se mai eficient să se lucreze doar cu aceasta pentru rezolvarea problemei cuplului.

La următoarea şedinţă de psihoterapie, dna C. a apărut ca fiind mai puţin neajutorată. Ea se temea de faptul că modificarea stării soţului ei avea la bază o problemă organică reală, pe care medicii nu au identificat-o sau că aceasta era un semn că el refuză să mai lupte.

Clienta a menţionat faptul că ei îi displăcea să-şi viziteze soţul nu numai pentru că acesta era atât de pisălog, ci şi pentru că personalul de îngrijire era supărat pe ea pentru că nu-l determina pe bătrân să se poarte mai bine.

Terapeutul a afirmat că, înainte ca dl C. să-i acorde soţiei sale mai multă libertate, el va trebui să capete o imagine de sine mai bună şi să devină mai independent. Dl C. avea nevoie de un fel de provocare, ca de pildă, să dovedească faptul că mai poate face ceva pentru soţia sa, aşa cum făcea înainte. I s-a sugerat soţiei să renunţe puţin la modul său protector de a se comporta şi să pretindă că se simte rău, neajutorată şi să solicite sprijinul dlui C.

La următoarea şedinţă de psihoterapie, clienta a afirmat faptul că soţul ei a avut o săptămână mult mai bună. Pentru prima dată, după luni de zile, el a afirmat că îi este foame şi a mâncat mâncare solidă. În acelaşi timp, el a acceptat să meargă la fizioterapie şi a lucrat mult pentru a-şi câştiga mobilitatea.

Exemplul de mai sus ilustrează modul în care două etichete „neajutorat" şi „persoană care oferă ajutor" pot interacţiona în detrimentul ambelor părţi. Comportamentele care se subsumează fiecărei etichete tind să le confirme pe ale celeilalte şi să producă un model de escaladare a comportamentului patologic.

STRATEGIILE TERAPEUTICE EFICIENTE

Psihoterapeuţii specializaţi în psihoterapie strategică consideră că pentru a găsi soluţia problemei clientului, terapeutul nu are nevoie de prea multe detalii în legătură cu problema şi cauzele apariţiei acesteia. Intervenţia eficientă şi promptă implică iniţierea unor noi modele de comportament. Natura exactă a tulburării pare să nu aibă atâta importanţă câtă i-au acordat psihanaliştii.

S h a z e r (1969) a elaborat o schemă de intervenţie pornind de la un caz clinic.

O tânără a rupt relaţia cu prietenul ei, deşi nu dorea acest lucru. Luni de zile după ruperea legăturii ea era obsedată de acest lucru, avea vise legate de situaţia respectivă, se autoacuza şi încerca să descopere ce anume a greşit. Fata îşi amintea momentele plăcute petrecute împreună cu prietenul ei, cele neplăcute şi, mai ales, finalul neaşteptat şi de neînţeles al relaţiei care părea că tinde să se transforme într-o căsătorie.

Înainte de a se prezenta la terapie, tânăra se gândea toată ziua numai la aceasta, iar noaptea avea deja coşmaruri în legătură cu problema ei.

După ce terapeutul i-a explicat faptul că era normal să se gândească la cele petrecute pentru a depăşi suferinţa, acesta i-a trasat următoarele sarcini terapeutice pentru a o ajuta să facă faţă existenţei:

Ea trebuia să găsească un loc liniştit, unde să petreacă o oră (cel mult o oră şi jumătate) şi să fie totdeauna aceeaşi oră din zi, notând toate amintirile plăcute şi neplăcute legate de fostul prieten. I s-a indicat să scrie în zilele cu soţ tot timpul, chiar dacă frazele se repetau identic. În zilele fără soţ, la aceeaşi oră, ea trebuia să citească cele scrise şi apoi să ardă hârtiile.

În cazul în care gândurile nedorite o invadau la alte ore ale zilei, ea trebuia să-şi spună în gând: „am alte lucruri la care trebuie să mă gândesc acum; mă voi gândi la problemele mele în timpul care le este alocat" sau să-şi noteze că trebuie să se gândească la problema ei la ora potrivită.

După trei zile, coşmarurile s-au oprit, iar după a cincea zi au dispărut şi gândurile obsesive. Sarcina terapeutică a implicat ritualul: „scrie, citeşte, arde!", mecanismele care stau la baza acestuia fiind următoarele:

1) Gândurile şi preocupările obsesive se obiectivează şi capătă un caracter mai concret.
2) Pentru pacient este mai uşor să nu deruleze în minte gândurile negative, pentru că este un timp anume stabilit pentru acest lucru.
3) Deoarece, gândurile negative nu mai sunt interzise, pacientului îi vine uşor să se gândească la altceva, acesta căpătând un control asupra lor.
4) Necazul, tulburarea au tendinţa să se disipeze şi subiectul începe să-şi dea seama că are ceva mai bun de făcut.

Această „reţetă" este foarte eficientă în cazul gândurilor obsesive.

O altă schemă terapeutică pusă la punct de acelaşi autor (S h a z e r, 1977) poartă denumirea de „luptă structurată" şi este potrivită pentru cuplurile care se ceartă tot timpul. Ritualul implică următoarele trepte:

1) Daţi cu banul pentru a stabili cine începe cearta.
2) Câştigătorul va adresa reproşuri partenerului său timp de 10 minute, vorbind fără întrerupere.
3) Partenerul va riposta, la rândul său, tot timp de 10 minute, după care urmează:
4) minute de tăcere, după care se trage din nou la sorţi.

Acest gen de intervenţie dă rezultate mai ales în cazul cuplurilor în care ambii parteneri se plâng în acelaşi timp de faptul că certurile nu mai contenesc.

Schema terapeutică „întreprinde ceva diferit" a fost pusă la punct de autor în 1978 şi se potriveşte pentru situaţia în care o persoană se plânge permanent de comportamentul altei persoane, a făcut tot posibilul pentru a rezolva situaţia şi se află prinsă în cercul vicios al secvenţei negative de interacţiune care se repetă la nesfârşit.

Prezentăm, pentru exemplificare, mesajul de intervenţie terapeutică adresat părinţilor unei adolescente şi, după cum se poate constata, acesta capătă un caracter standardizat (de S h a z e r, 1985, p. 123).

„Începând de acum şi până la întâlnirea noastră viitoare, fiecare dintre voi va trebui să se comporte diferit decât până acum, atunci când o surprindeţi pe Ana uitându-se la televizor, în loc să facă ceea ce are de făcut, indiferent cât de ciudat sau nepotrivit vi se va părea conportamentul respectiv. Ceea ce importă este doar faptul că, o dată ce v-aţi decis, chiar să faceţi ceva diferit".

Această sarcină terapeutică poate fi transferată la o varietate de situaţii, ea având un caracter nespecific, clienţilor neindicându-li-se să întreprindă neapărat ceva anume. Mai mult, nu este neapărat necesar ca terapeutul să ştie exact ce anume au întreprins clienţii săi, sarcina terapeutică fiind foarte eficientă şi în cazul plângerilor vag definite.

Atunci când clienţii îşi formulează plângerile, ei descriu, de regulă, acţiuni diferite care s-au dovedit ineficiente. Cu toate acestea, la o examinare mai atentă, se poate obseva că toate acţiunile lor se subsumează aceleiaşi categorii. Astfel, de pildă, cearta, opririle de

la preocupările favorite, bătaia etc. se încadrează în categoria mare a pedepselor.

Sarcina „faceți ceva diferit" este potrivită și în cazurile în care clienții se plâng în legătură cu ineficiența acțiunilor întreprinse de ei, acțiuni care se integrează într-o secvență repetitivă de comportament (de pildă, copilul manifestă crize de furie, iar părinții reacționează mereu în același mod).

Un băiețel de 8 ani prezenta crize de furie atât acasă, cât și la școală. Pentru aceasta, el era pus la colț, i se făcea morală și uneori era chiar bătut, dar nici una din metode nu a dat nici un rezultat. Ambii părinți au încercat să-l recompenseze în intervalele când nu avea crizele de furie, dar și această metodă s-a dovedit ineficientă.

Părinții strigau adesea la el când făcea crizele respective.

La sfârșitul ședinței de psihoterapie, terapeutul le-a spus să facă ceva diferit atunci când Mihai va avea criza. Când s-a declanșat criza, tatăl i-a dat copilului o bomboană, fără să spună un cuvânt și criza s-a oprit. Atunci când Mihai a făcut criza în prezența mamei, aceasta a început să danseze în jurul copilului, în timp ce acesta urla și, ca și în cazul precedent, copilul s-a oprit din țipăt și crizele nu au mai apărut nici acasă, nici la școală.

La prima vedere, această soluție pare needucativă, pentru că asocierea prăjitură – criză de nervi ar putea conduce la întărirea comportamentului problematic, dar în practică nu s-a întâmplat așa, pentru că acțiunea neașteptată a tatălui a creat un nou context interpersonal în cadrul căruia copilul nu mai știa la ce să se aștepte de la tatăl său. Desigur, există posibilitatea ca, dacă Mihai ar fi făcut o nouă criză și tatăl i-ar fi oferit prăjitura, această acțiune să întărească modul negativ de a reacționa. S-a dovedit însă că acțiunea unică și neobișnuită a fost încununată de succes.

O mamă a unui băiat de 15 ani s-a prezentat la psihoterapie pentru că atât ea, cât și fiul ei doreau să se lase de fumat.

După ce a inventariat toate motivele pentru care clienții trebuiau sau nu trebuiau să se lase de fumat, terapeutul a trasat următoarea sarcină terapeutică:

„Începând de acum și până la ședința viitoare acordați atenție la ceea ce faceți atunci când reziști tentației de a fuma, precum și la ceea ce face celălalt atunci când depășește nevoia de a fuma. Unul din terapeuți crede că tu, mamă, te vei lăsa prima de fumat, în timp ce celălalt terapeut consideră că fiul se va lăsa primul. Noi nu știm însă când vă veți lăsa voi de fumat".

Peste o săptămână, atât mama cât și fiul au relatat faptul că au fumat mai puțin și au descris cu multe detalii activitățile alternative pe care le-au desfășurat separat sau împreună.

Terapeuții s-au întrebat din nou cine se va lăsa primul. După cinci ședințe de psihoterapie, ambii s-au lăsat de fumat în același timp, deși fiecare afirma „sus și tare" că el a renunțat primul la țigări. De atunci, au trecut patru ani și nici unul nu s-a mai apucat de fumat.

INEVITABILITATEA SCHIMBĂRII

Sarcina terapeutică pentru prima ședință de psihoterapie:

„De acum și până data viitoare aș dori să observi cu atenție și să descrii ceea ce se petrece în familia ta (viața ta, căsătoria ta, prietenia ta etc.) și tu ai dori să continue să se petreacă" (Shazer, 1984; Shazer și Molnar, 1984, b).

Această sarcină terapeutică are menirea să comute atenția pacientului de la trecut la prezent și viitor și, în mod implicit, să activeze expectația schimbării. De cele mai multe ori, clienții se așteaptă ca lucrurile să meargă tot mai rău și acest mesaj sugerează, în mod indirect, faptul că terapeutul și echipa sa au expectații diferite și anume: „ceva ce merită să se petreacă se va petrece cu siguranță" sau, mai concret, „lucrurile bune se petrec deja, fii atent la ele".

Acest mesaj de intervenție este foarte adecvat pacienților și familiilor care au simptome și obiective descrise în mod vag și care se consideră victime lipsite de control asupra destinului lor și are

menirea de a crea, pe bază de autosugestie, aşa-numita „profeţie autoîmplinită" în legătură cu evenimentele viitoare.

Fenomenul care se produce este asemănător efectului Rosenthal (1966), care a demonstrat experimental că performanţele elevilor cresc foarte mult dacă profesorilor care lucrează cu ei li se spune că aceştia sunt supradotaţi, deşi această informaţie nu se bazează pe date reale.

În cazul terapiei, dacă se creează expectaţia că se va petrece un eveniment pozitiv între cele două şedinţe de psihoterapie, acesta chiar se va petrece.

O familie s-a prezentat la psihoterapie în stare de panică (Shozer 1985), pentru că părinţii, care aveau permis de port armă, au observat că le-a dispărut un pistol. După ce au căutat foarte bine, ei au găsit pistolul încărcat ascuns printre lucrurile care făceau parte din echipamentul de schi al fiului lor mai mare, în vârstă de 19 ani, respectiv, pe masca de la schi. Întrebat fiind, acesta a răspuns că intenţiona să-l folosească pentru tragere la ţintă. Mama şi-a pus întrebarea dacă fiul intenţiona să se sinucidă sau să-şi asasineze părinţii, în timp ce tatăl se temea să nu fie utilizat pentru altceva (de pildă, o tâlhărie).

Cu o zi înainte Mickey s-a înscris la colegiu, a plătit taxa, deşi înainte el îşi exprimase dorinţa de a pleca în Canada în loc să meargă la şcoală. Părinţii nu agreau ideea respectivă, după cum nu agreau nici situaţia în care îşi făceau griji în legătură cu ce ar putea să însemne pistolul încărcat.

Desigur, deplasarea în Canada reprezenta un rău mai mic decât continuarea crizei, dar ceea ce doreau cu adevărat părinţii era ca fiul să meargă la şcoală şi să-i placă şcoala.

Mama i-a dat fiului un ultimatum: sau va merge la şcoală şi la psihoterapie sau va pleca de acasă a doua zi. În cazul în care băiatul va refuza ambele alternative, mama va fi cea care va pleca de acasă. S-a constatat că nici unul din cei trei nu cădeau de acord asupra faptului dacă plecarea cuiva de acasă ar putea duce la ceva bun, dar ceva trebuia totuşi făcut. Nici unul dintre membrii familiei nu putea descrie vreun obiectiv specific pentru psihoterapie. Tatăl dorea ca fiul să se întoarcă la şcoală, mama dorea să înţeleagă care este problema, iar Mickey credea că totul s-ar rezolva dacă el ar pleca de acasă.

Terapeutul a adresat familiei complimente pentru faptul că toţi membrii ei erau dispuşi să-şi sacrifice timpul pentru a rezolva problema şi pentru sprijinul pe care arătau dispuşi să şi-l acorde unul altuia. El a sugerat şi faptul că decizia ar trebui amânată, pentru că o situaţie de criză conduce la decizii proaste. Toţi trei au fost de acord cu acest lucru. Apoi terapeutul le-a trasat sarcina specifică primei şedinţe şi i-a indicat tatălui să nu mai ţină arme în casă.

După o săptămână familia părea schimbată:

(1) Mickey s-a decis să se întoarcă la şcoală, dar să locuiască la cămin, (2) unde şi-a găsit singur locul (în loc să-i aranjeze mama sa). Mama a considerat această decizie ca pe un semn de maturitate. (3) Băiatul s-a oferit, de asemenea, să-l ajute pe tată la unele treburi casnice (zugrăvit) şi a (4) împărtăşit câte ceva din frământările sale părinţilor, (5) mama a ieşit de mai multe ori în oraş pentru Mickey, iar acesta (6) a avut grijă, fără ca nimeni să i-o ceară, de câinii ei când mama a întârziat în oraş.

Acestea au fost evenimentele care s-au întâmplat şi despre care familia dorea să se repete mereu.

Membrii familiei au considerat evenimentele 2, 3, 4 şi 5 ca fiind evenimente noi sau diferite de cele petrecute până atunci.

Intervenţia terapeutică specifică celei de-a doua şedinţe s-a centrat pe progresele pe care le-a realizat familia, terapeutul atrăgându-le însă atenţia asupra unor posibile recăderi.

În urma analizei propriilor cazuri reuşite, precum şi a cazurilor altor colegi terapeuţi, Shazer (1985) a reuşit să extragă unele reguli nescrise, care ghidează atât formularea problemelor, cât şi rezolvarea acestora.

◆ Succesele trecute

În majoritatea cazurilor, clientul își descrie problema-simptom având tendința de generalizare și de accentuare a neajutorării sale în fața unor situații insurmontabile. Uneori, acesta va evoca, în cursul interviului, și succesele trecute, care nu crede că ar avea legătură cu situația sa actuală. Dimpotrivă, terapeutul consideră că aceste succese reprezintă temelia pe care se poate construi rezolvarea problemei clientului. Nu este indicat să se sublinieze diferența de opinii între client și terapeut referitor la succesele trecute.

Ceea ce trebuia să facă terapeutul este să stabilească niște conexiuni sau legături între situația A (succes în trecut) și situația B (eșec actual sau problemă-simptom), în vederea găsirii soluției.

Astfel, de pildă, o tânără s-a plâns de faptul că are o părere proastă despre ea, fapt ce o împiedică să ia decizii în viață. Chiar dacă în cele din urmă ea a luat o decizie, consideră că nu este în stare să ducă la bun sfârșit ceea ce a hotărât. În cursul interviului, clienta a povestit despre faptul că prietenul ei obișnuia să bea, că ei îi venea foarte greu să nu bea împreună cu el și că în urmă cu doi ani ea s-a decis, din proprie inițiativă, să se lase de băutură, decizie de care s-a ținut, în ciuda nenumăratelor tentații.

Terapeutul i-a adresat complimente pentru că s-a lăsat de băutură și și-a respectat hotărârea, deși mulți alți oameni nu ar fi fost capabili de acest lucru. I s-au adresat, în continuare, complimente pentru că nu se forța să ia decizii în legătură cu care, în mod inconștient probabil, nu credea că sunt bune pentru ea. Cu toate acestea, ea trebuia să continue să se întrebe dacă face bine sau nu în legătură cu fiecare decizie. Clienta a urmat indicațiile terapeutului și în următoarele săptămâni a luat două decizii importante și bune.

◆ Excepțiile de la regulă

Într-un fel, excepțiile de la regulă sunt asemănătoare cu succesele trecute. Deoarece, clientul își descrie problema-simptom în termenii „totdeauna", terapeutul trebuie să identifice acele situații de excepție

când comportamentul simptomatic nu se produce, pentru a construi sarcinile terapeutice.

Astfel, de pildă, doi soți se certau totdeauna joi seara, când soțul se întorcea de la piscină. Vineri, ei mai erau încă supărați unul pe celălalt și atunci când veneau la cină părinții soțului. Relațiile dintre ei se îndreptau apoi până joia viitoare.

Soția, care mai făcuse terapie, a negat că ar avea vreo atitudine negativă față de piscină sau față de socrii.

Povestind despre certurile lor, soțul și-a reamintit că într-o seară când s-a întors acasă, soția era în vizită la vecini, iar el s-a culcat liniștit. Când aceasta s-a întors acasă, pregătindu-se pentru o ceartă, a fost surprinsă să-și găsească soțul adormit. În săptămâna respectivă nu au mai avut loc certuri.

Terapeutul a consemnat excepția și a construit sarcinile pentru acasă pornind de la aceasta: soția trebuia să „dea cu banul " în fiecare joi și dacă se nimerea capul, ea trebuia să plece de acasă înainte de întoarcerea soțului. În cazul în care cădea „banul", ea trebuia să se comporte normal. Soțul trebuia să noteze într-un jurnal, în detaliu, ce gânduri îi treceau prin minte atunci când se întorcea acasă în fiecare joi. Cei doi soți erau apoi solicitați să analizeze diferențele. Această sarcină urma să provoace diferențe în structura comportamentului indiferent de modul în care cădea banul, pentru că soțul se întorcea acasă cu expectația că soția nu va fi prezentă, iar aceasta, la rândul ei, își modifica modul de comportare normal, iar a te purta normal când ți se spune să faci acest lucru reprezintă deja un punct de pornire pentru alt comportament.

În urma tragerii la sorți, următoarele două săptămâni soția nu a plecat de acasă, iar certurile nu au avut loc. Soțul, care nu știa la ce să se aștepte, nu s-a mai gândit neapărat la cearta care va urma. Următoarele săptămâni, în loc să mai „dea cu banul", soția a făcut prăjituri și certurile de joi seara au încetat pentru totdeauna.

◆ Regula „sau/sau"

Adesea plângerile clienților sunt diferite în mod explicit sau implicit în termenii „eu am dreptate; tu greșești".

Soţii care se comportă în felul acesta se simt deosebit de frustraţi pentru că ei nu au nici măcar iluzia unui posibil compromis.

Atunci când se prezintă la psihoterapie, fiecare dintre cei doi soţi şi-l doreşte pe terapeut în calitate de aliat, care să-i spună celuilalt că el greşeşte.

În astfel de condiţii, este contraindicat pentru terapeut să fie de partea unuia dintre soţi sau să declare că ambii sunt vinovaţi.

Curând după nuntă, un soţ a venit la cabinetul de psihoterapie pentru a se plânge de faptul că soţia dorea să continue să iasă seara cu „fetele" o dată pe săptămână.

El considera că persoanele îndrăgostite nu ar trebui să procedeze aşa, ci ar trebui să-şi petreacă fiecare minut împreună. Pornind de la această supoziţie, el a ajuns la concluzia că soţia nu-l iubeşte cu adevărat.

La rândul ei, soţia considera că soţul ei este excesiv de posesiv şi că atunci când doi oameni se iubesc, ei trebuie să aibă încredere unul în celălalt, acest lucru permiţându-le să fie independenţi unul de celălalt. Şi ea a ajuns la concluzia că nu este suficient de iubită.

În acest caz, problema nu este că soţul are dreptate şi soţia nu, sau invers.

Comportamentul se va modifica doar atunci când terapeutul va înlocui la cei doi modul de gândire „sau – sau" cu „şi – şi", adică şi soţul şi soţia au dreptate şi nu au dreptate amândoi.

În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să dea dreptate ambilor soţi şi apoi să-şi exprime mirarea „oare cum pot două poziţii corecte să ducă la aşa ceva?" (Amândoi au dreptate, dar rezultatul este prost). Ajuns în acest punct, terapeutul le trasează o sarcină pentru acasă pentru a rezolva acest paradox: simultan, cei doi soţi trebuiau să pornească la plimbare în direcţii diferite, gândindu-se cu plăcere la modul în care se vor simţi şi la ceea ce vor face atunci când vor fi din nou împreună. Această intervenţie terapeutică a fost utilizată timp de patru şedinţe. După prima şedinţă, cei doi au relatat faptul că au încetat să discute în contradictoriu despre problema respectivă. În finalul terapiei, ei au relatat că au ajuns să valorizeze tot mai mult timpul pe care îl petreceau împreună după activităţile pe care le desfăşura fiecare separat.

◆ Regula „certitudinii"

Deoerece sunt prinşi în capcana propriilor lor simptome, clienţii sunt siguri în privinţa detaliilor problemei care îi frământă, cât şi în privinţa elementelor care fac problema deranjantă pentru ei. Ei nu sunt capabili să-şi exprime „necazul" cu claritate, dar sunt absolut siguri de limitele problemei, de definirea, precum şi de semnificaţia acesteia. Dacă pacienţii ar fi mai puţin siguri de aceste lucruri, ei ar căuta soluţia în afara psihoterapiei.

Din acest motiv, orice dubii legate de fiecare din elementele problemei-simptom pot fi utile terapeutului care doreşte să găsească soluţia problemei. În general, faptele nu pot fi puse la îndoială, dar anumite elemente din context, da.

Un bărbat în vârstă a relatat faptul că ar fi auzit o voce care i-a spus că este condamnat. De atunci, relata soţia sa, el şedea la fereastră şi aştepta să moară, nefăcând nimic, deşi nu prezenta nici un simptom. Soţia a încercat să-l covingă de faptul că nu a auzit nimic, totul fiind doar un vis. Alte persoane, inclusiv medicul de familie, i-au spus că este „nebun", deoarece doar „nebunii" aud voci. Restul familiei ţinea partea soţiei, încercând să-l convingă de faptul că se înşeală. Pacientul era însă convins de faptul că este condamnat, deşi nu ştia exact când va muri. Exasperată, şi soţia a început să creadă că este „nebun".

Terapeutul a întrebat-o pe soţie dacă soţul ei a fost din totdeauna atât de credul, la care aceasta a răspuns negativ. Terapeutul a afirmat că deşi nu îl cunoaşte încă prea bine, i se pare că este o persoană căreia nu ar încerca să-i vândă o maşină uzată. Soţia a râs, spunând că, într-adevăr, pacientul este o persoană căreia îţi este greu să-i vinzi orice. Terapeutul a spus că impresia sa se confirmă, continuând să se mire de faptul că soţul a crezut ceea ce i-a spus vocea. Soţia a mai furnizat numeroase exemple, când soţul ei nu a vrut să creadă ceea ce i s-a spus.

Terapetul a forţat puţin nota, mirându-se tot mai mult de faptul că pacientul crede în „voci". În acest moment al terapiei, problema nu a mai fost „este pacientul nebun?". Ci „cum a devenit el atât de credul?".

Acesta a început să aibă îndoieli în legătură cu vocea şi să mai facă unele lucruri în gospodărie.

◆ Regula „cu sus-ul în jos"

Terapeutul (S h a z e r, 1985) a primit la cabinetul de psihoterapie o familie cu multiple probleme, familia fiind trimisă de asistenta socială: bunicul era invalid, tatăl bolnav, iar cei doi băieţi adolescenţi erau enuretici şi aveau probleme şcolare. În aceste condiţii, mama spăla toată ziua cearşafurile murdare.

Deşi asistenta socială a spus că enurezisul era problema centrală a familiei, terapeutul a început şedinţa discutând cu mama despre cearşafuri, detergenţi şi maşini de spălat. Foarte curând, terapeutul a aflat că mama ştia o mulţime de lucruri în legătură cu spălatul, iar tatăl era expert în reparat maşini de spălat şi instrumente de uscare. Enurezisul nu a fost nici un moment menţionat. Terapeutul a adresat complimente mamei şi tatălui în legătură cu cunoştinţele lor şi le-a spus că toate aceste informaţii şi abilităţi se pierd.

Enurezisul reprezenta doar o parte a pattern-lui de comportament dezadaptativ, cealaltă reprezentându-o spălatul rufelor.

Asistenta socială a ajutat-o pe mamă să-şi găsească un serviciu ca spălătoreasă profesionistă la o casă de copii şi pe tata să se angajeze mecanic într-un atelier de reparaţii. Deoarece mama nu mai avea timp să spele, enurezisul a dispărut atunci când sarcina spălării a fost plasată pe umerii bunicului.

Soluţia terapeutică în acest caz a fost construită pornindu-se de la întrebarea:

„Dacă mama nu mai spăla, ce se petrece cu cearşafurile murdare?".

◆ Regula „dacă nu ar exista dacă"

Problemele patologice insuficient definite se construiesc, de regulă, pornindu-se de la ideea pesimistă că schimbarea este dificilă. Din acest motiv, dacă terapeutul se exprimă dubitativ („ce ar fi dacă ai încerca acesta..., ce ar fi dacă lucrurile s-ar schimba..."), el sădeşte sămânţa îndoielii în mintea clientului său.

Pentru ca terapia scurtă să fie eficientă, terapeutul trebuie să creeze la clientul său expectaţii pozitive în legătură cu schimbarea, motiv pentru care cuvântul *dacă* trebuie să dispară din afirmaţiile acestuia.

Deci, nu se pune întrebarea „Ce ar fi dacă schimbarea se produce?", ci „Când se va produce schimbarea?".

Atunci când în psihoterapie sunt integraţi mai mulţi membrii ai unei familii, se include şi întrebarea adiţională: „Cine anume se va modifica primul?".

În situaţiile în care este vorba de mai multe probleme-simptom, terapeutul poate adresa şi întrebarea: „Care schimbare se va produce mai repede?".

Capitolul 7

METAFORELE ŞI ROLUL LOR ÎN PSIHOTERAPIA SCURTĂ

Cloe Madanes (1990) propune un model de psihoterapie scurtă, organizată şi sistematică, care se încadrează în demersul terapeutic strategic.

Conform abordării strategice, terapeutul îşi asumă deplina responsabilitate cu privire la tot ce se petrece în cabinetul de psihoterapie şi planifică strategia de intervenţie pentru fiecare în parte, abordând clientul într-o manieră directă.

Nu se utilizează etichetările diagnostice şi nici un caz nu este considerat fără speranţă.

Alte particularităţi ale terapiei strategice sunt:

- utilizarea umorului ca metodă terapeutică;
- abordarea clientului se realizează într-un context situaţional şi interacţional, contextul fiind reprezentat, de regulă, de familie;
- utilizarea comunicării indirecte, cu caracter metaforic.

Cloe Madanes (1990) consideră că abordarea metaforică reprezintă un element central al acestui tip de psihoterapie, pentru că mesajele furnizate de clienţi nu reprezintă totdeauna ceea ce ele par a fi. Astfel, de pildă, dacă cineva spune „îmi dau dureri de cap", persoana se poate referi la mai multe feluri de neplăceri.

Specialiştii în psihoterapie strategică subliniază şi faptul că, adesea, un anumit fel de interacţiune dintre două persoane poate reprezenta o metaforă pentru o altă interacţiune.

Astfel, de pildă, un soţ se întoarce acasă de la serviciu supărat şi îngrijorat, iar soţia sa încearcă să-l încurajeze şi să-l liniştească. În cazul în care copilul va prezenta o afecţiune dureroasă, tatăl va

veni acasă şi va căuta să-l îmbărbăteze, aşa cum proceda soţia cu el. Implicarea tatălui în problema copilului reprezintă metafora pentru interacţiunea soţ-soţie. Mai mult, una dintre acţiuni o înlocuieşte pe cealaltă pentru că, atunci când tatăl îl ajută pe copil, soţia nu-l mai ajută pe soţ.

Cloe Madanes (1990) distinge mai multe funcţii interacţionale ale metaforei:

1) Funcţia de comunicare: violenţa fiului poate reprezenta expresia supărării mamei.

2) Funcţia de substituire a problemei: frustrarea mamei în legătură cu fiul poate fi o metaforă pentru frustrarea ei cu privire la comportamentul soţului, putând chiar înlocui respectiva frustrare.

3) Funcţia de a genera apropierea şi de a întări ataşamentul dintre două persoane: astfel, o ceartă între tată şi fiică poate fi o metaforă pentru disensiunile dintre soţi, având menirea să menţină cuplul unit.

În situaţiile în care comunicarea are un caracter metaforic, problemele pacienţilor sunt dificil de rezolvat, pentru că mesajele nu spun ceea ce ele par să spună şi subiecţii se află mereu prinşi în capcana unor secvenţe repetitive de comportamente patologice.

Autoarea descrie patru niveluri de interacţiuni familiale, cu metaforele sale caracteristice, fiecare nivel corespunzând unui grup specific de probleme. În acelaşi timp, ea prezintă şi patru strategii terapeutice împreună cu metaforele caracteristice respectivelor strategii. Unele din aceste strategii sunt clasice, iar altele sunt elaborate de autoare (Madenas, 1990).

ETAPA I. DOMINAREA ŞI CONTROLUL

În special la niveluri socioculturale scăzute, oamenii sunt interesaţi mai ales să se domine unii pe alţii şi să lupte pentru putere şi pentru a-şi controla propria viaţă şi viaţa celorlalţi.

Datorită unor astfel de motivaţii, au loc comportamente de tip delincvent, consum abuziv de droguri şi alcool, tulburări de comportament şi chiar comportamente bizare. Membrii familiilor au

tendința de a se opune unul altuia în mod antagonist, iar comportamentul simptomatic trebuie privit ca o modalitate de a-i domina pe ceilalți. Scopul fiecărui membru al familiei este de a domina în interesul său personal, iar starea afectivă cel mai frecvent întâlnită în astfel de familii cu probleme este teama, deoarece controlul și dominația sunt asigurate prin intermediul intimidării și exploatării.

Sarcina terapeutului este să redistribuie puterea între membrii familiei și să modifice modul în care puterea este utilizată.

Comunicarea în cadrul familiei disfuncționale este centrată în jurul metaforelor legate de crimă, război și pedepse, iar distanța dintre rude este prezentată ca o separare, când de fapt aceștia sunt strâns legați unii de ceilalți. Diferențele dintre structurile de personalitate ale membrilor familiei sunt considerate atât de mari, încât conflictele par a fi ireconciliabile, structurile respective fiind, de altfel, foarte asemănătoare.

Astfel, de pildă, o familie s-a prezentat la psihoterapie pentru că fiul în vârstă de 15 ani arunca benzină pe lângă zidurile casei și se juca aprinzând chibrituri.

Copilul o amenința pe mamă cu bătaia și se comporta necorespunzător în multe privințe. Părinții se purtau urât unul cu celălalt și avuseseră în trecut accese de violență reciprocă.

Terapeutul a emis ipoteza că fiul, fiind îngrijorat (desigur la nivelul inconștient) de multiple probleme pe care le aveau părinții, încerca să-i ajute atrăgându-le atenția asupra sa. Deși această ipoteză era probabil adevărată, urgența o reprezenta însă conduita băiatului, care putea da foc casei.

Strategiile terapeutice utilizate în acest caz au fost corectarea ierarhiilor, negocierile și contractele, modificarea beneficiilor, precum și ritualurile și sarcinile terapeutice.

◆ Corectarea ierarhiei în cadrul familiei

În cazul adolescenților și tinerilor cu conduită antisocială sau lipsită de control și când părinții sunt binevoitori, se poate trasa sarcina ca bunicii că aibă grijă de copil, pornindu-se de la ideea că vârstnicii vor exercita asupra copilului un control mai blând, fapt

ce va facilita reorientarea acestuia spre un comportament mai acceptabil.

Terapeutul va introduce în cursul terapiei metafora care să se refere la reguli și reglementări care conduc la stabilirea adevărului; se referă la liniște, supraviețuire, pedepse drepte și compensări.

◆ Negocieri și contracte

Negocierile cu privire la utilizarea banilor, creșterea copiilor, raporturile cu rudele, timpul liber și viața sexuală, reprezintă elementele de bază ale oricărei terapii de familie.

Terapeutul îi ajută pe membrii familiei să-și exprime preferințele și să ajungă la compromisuri reciproce. Rezultatul acestor negocieri poate îmbrăca forma unor contracte scrise între membrii familiei.

Tehnica negocierii este utilă mai ales atunci când violența izvorăște din conflictele care au loc din cauza banilor. O soluție posibilă este aceea de a încheia un contract cu privire la utilizarea banilor, contract care să descurajeze violența. Astfel, de pildă, în cazul unui soț care se purta violent cu soția, i s-a cerut acestuia să pună 100 de dolari la bancă și apoi s-a negociat un contract prin care soțul se obliga să fie de acord că dacă el își va mai lovi soția, aceasta să dea banii mamei sale sau copiilor din prima căsătorie. Dacă până la sfârșitul anului soțul nu-și va mai lovi soția, cei doi vor utiliza banii pentru a se simți bine în concediu.

Există numeroase variante ale acestei strategii, dar în toate cazurile, principiul care stă la baza strategiei respective este simplu și anume să facem consecințele comportamentului violent mai neplăcute pentru agresor decât pentru victimă.

Cloe Madanes arată că certurile în legătură cu banii pot reprezenta o metaforă pentru dezacordurile în legătură cu problemele sexuale.

◆ Modificarea beneficiilor

Uneori, actele ostile realizate de către un membru al familiei sunt recompensate cu grijă și atenție. În astfel de situații este necesar

să se inverseze situaţia astfel încât ostilitatea unui membru al familiei să se transforme în gratificaţie şi nu în suferinţă pentru ceilalţi.

Astfel, de pildă, dacă într-o familie sunt doi fraţi, unul rău şi unul bun, terapeutul trebuie să aranjeze astfel lucrurile încât de fiecare dată când fratele rău se poartă urât, cel bun să primească un cadou sau un privilegiu special. Mai precis, în loc să fie pedepsit fratele cel rău, este recompensat cel bun. În urma unei astfel de intervenţii, nu numai că problema prezentă este rezolvată, dar se modifică şi relaţia dintre fraţi.

◆ Ritualuri şi sarcini terapeutice dificile

Ritualurile sunt utile pentru realizarea unei tranziţii de la o etapă la alta a vieţii de familie sau pentru a indica o tranziţie la nivelul unei relaţii.

Scenariul ritualului trebuie să fie proporţional cu severitatea problemei pentru care cuplul se prezintă la psihoterapie.

Pentru problemele minore, se poate indica, de pildă, sărbătorirea unei zile de naştere sau o excursie pentru vizitarea rudelor.

Pentru un moment serios de criză maritală este necesar un ritual de tipul reluării ceremonialului de căsătorie.

Ritualurile sunt în mod special utile atunci când membrii unui cuplu sau familii trebuie să treacă peste lucrurile rele pe care şi le-au făcut unii altora.

Astfel, de pildă, unui cuplu în cadrul căruia soţul şi-a maltratat soţia, iar aceasta a încercat să-l ucidă, i s-a recomandat să-şi taie părul să-l pună într-o cutie făcută dintr-un material de valoare, să facă o excursie la munte, unde cei doi au fost în timpul logodnei şi să îngroape cutia, îngropând în acelaşi timp toate lucrurile rele din trecut pe care soţii şi le-au făcut unul celuilalt. Ştiind unde a fost îngropată cutia conţinând părul lor, cei doi se puteau întoarce oricând acolo pentru a-şi aminti trecutul şi pentru a nu-l mai repeta.

Aceste ritualuri reprezintă metafore care au rolul de a-i reuni pe membrii cuplului într-un mod pozitiv.

Sarcina terapeutică dificilă a fost pusă la punct de Milton Erickson şi are menirea de a face mai dificilă pentru pacient menţinerea simptomului decât renunţarea la acesta. Astfel, ne reamintim cazul descris de Haley în 1984 (cazul aparţine lui Milton Erickson), în care unui pacient cu insomnii rebele i s-a trasat sarcina că dacă nu adoarme imediat, să frece parchetul în toată casa.

Sarcina trebuie să fie mai dificilă decât simptomul, dar în acelaşi timp benefică pentru pacient.

Sarcinile dificile cu caracter interacţional sunt deosebit de interesante.

De pildă, i se poate cere unui soţ să facă un dar soacrei sale ori de câte ori se manifestă comportamentul problemă.

Deci, sarcina dificilă reprezintă ceva ce este dezagreabil pentru pacient, dar care poate ameliora relaţia sa cu ceilalţi.

ETAPA a II-a. NEVOIA DE DRAGOSTE

La nivelul al doilea, pe care autoarea îl consideră mai înalt, Cloe Madanes (1990), afirmă că oamenii sunt motivaţi mai ales de nevoia de a fi iubiţi. Problemele patologice specifice acestui nivel sunt depresia, anxietatea, fobiile, dezordinile conduitei alimentare şi singurătatea. Membrii familiei se luptă unul cu celălalt pentru a obţine afecţiune şi nu de puţine ori pun în acţiune comportamente autodesctructive.

Astfel, de pildă, un copil se poate comporta astfel încât să fie pedepsit pentru a atrage atenţia părinţilor asupra sa. În acelaşi fel, soţia poate dezvolta un simptom invalidant, de pildă, agorafobie, solicitând, în felul acesta, în mod inconştient desigur, atenţia şi grija soţului.

Nevoia de a fi iubit poate dezvolta o serie de calităţi deosebite ale fiinţei umane, dar poate accentua şi defectele acesteia, conducând la egoism şi spirit distructiv.

Deoarece nevoia de dragoste este adesea frustrată, interrelaţiile dintre parteneri se caracterizează prin solicitări excesive şi prin tendinţa de a critica partenerul. În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să contribuie la ceea ce autoarea numeşte redistribuirea dragostei

în cadrul familiei, în cadrul căreia comunicarea se centrează în jurul durerii morale, a frustrării şi vidului. Adesea, când unul dintre membrii familiei este supărat, celălalt se îmbolnăveşte.

Temele dominante ale conflictelor şi preocupărilor familiei sunt simptomele, problemele sexuale sau cele materiale, iar confruntarea directă este înlocuită de şantaj şi încercări de manipulare.

În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să deplaseze comunicarea la un nivel mai abstract, introducând metafore care să implice încrederea reciprocă, precum şi o componentă ludică, cu caracter simbolic.

Problemele interpersonale sunt experimentate prin intermediul jocului dramatic şi, astfel, ele nu se mai pot transforma în simptome somatice. Tehnicile utilizate implică, de regulă, prescrierea ritualizată a comportamentului problemă.

Astfel, de pildă, o adolescentă bulimică a primit sarcina terapeutică de a amesteca mâncarea într-un vas şi de a o arunca apoi la toaletă în prezenţa întregii familii, în loc să vomite pe ascuns, iar un soţ depresiv a fost sfătuit să se prefacă deprimat, iar soţia, care nu ştia dacă se preface sau nu, trebuia să-l încurajeze (Cloe Madanes, 1991, p. 23).

Terapeutul înlocuieşte metaforele legate de dorinţă şi vid interior, cu cele care exprimă siguranţa şi bunăstarea psihică. Mesajul „este un joc" va înlocui mesajul „este suferinţă".

Strategiile propuse de Cloe Madanes (1990) sunt următoarele:

◆ Realizarea unor modificări în interacţiunea părinte-copil

Terapeutul observă faptul că un comportament patologic al copilului poate avea funcţia de a atrage atenţia tatălui care este distant cu el. În acest caz, strategia terapeutică este de a-i implica pe tată şi fiu într-o activitate pozitivă (de pildă, li se poate trasa sarcina terapeutică să se joace împreună, astfel încât fiul nu mai are voie să pună în acţiune un comportament patologic pentru a-şi menţine relaţia cu tatăl său).

O tânără bulimică era permanent criticată de tatăl ei, medic, pentru comportamentul alimentar. Aceasta îşi „pedepsea" tatăl mâncând mult şi ce nu trebuie şi apoi vomitând şi luând laxative.

Terapeutul Cloe Madanes (1990) le-a trasat sarcină celor doi să discute în fiecare zi despre politică, tatăl fiind liberal, iar fiica având convingeri conservatoare. Cum era şi firesc, discuţiile degenerau în ceartă, subiectul fiind politica şi nu deprinderile alimentare ale fiicei. Relaţia dintre tată şi fiică a devenit mai interesantă şi bulimia a fost depăşită.

O strategie asemănătoare constă în modificarea amintirilor timpurii ale unor adulţi, referitoare la relaţia lor cu părinţii. Această strategie este utilă mai ales pentru persoanele care suferă de autostimă scăzută, deoarece au fost maltrataţi în copilărie de părinţi hiperautoritari.

Terapeutul îi spune clientului său că trebuie să fi existat o persoană binevoitoare şi caldă pe care probabil a uitat-o şi care a exercitat o influenţă pozitivă asupra sa în copilărie, astfel explicându-se trăsăturile sale pozitive de astăzi. Se sugerează ideea că acea persoană ar fi putut fi bunica, o mătuşă sau poate un profesor. Încet, încet, persoana îşi va reconstrui amintirea uitată, neamintindu-şi persoana care s-a purtat frumos cu el. În cazul în care pacientul îşi aminteşte una sau două scene în care a fost tratat bine, terapeutul îi va spune că probabil există şi alte astfel de amintiri. Dacă pacientului îi vin în minte scene negative, i se cere să le contracareze cu cele pozitive. Tehnica dă rezultate mult mai bune în relaxare sau hipnoză.

◆ Prescrierea simptomelor

Este specifică terapiei prin intervenţie paradoxală şi constă în aceea că dacă o persoană vine la terapie pentru a se elibera de un simptom, terapeutul îi cere să manifeste cât mai mult simptomul respectiv.

Astfel, dacă, de pildă, clientul are dureri de cap, terapeutul îi cere să aibă şi mai multe dureri de cap şi mai intense, dar la anumite ore sau în locuri dinainte stabilite.

Astfel, unui copil piroman i se poate cere să facă focul sub supravegherea tatălui, de câteva ori pe zi, astfel încât aceasta să se transforme într-o obligaţie, la fel ca temele şcolare.

Pentru cuplurile care se ceartă mereu este recomandabilă strategia prin care li se cere, la anumite ore şi în anumite zile, să procedeze astfel: unul dintre soţi îi va spune celuilalt timp de zece minute toate nemulţumirile sale, în timp ce celălalt trebuie să tacă şi doar să spună la sfârşit „îmi pare rău dragă". În următoarele 10 minute, procedura se inversează. În felul acesta, secvenţa negativă de comunicare este blocată.

◆ Prescrierea unei acţiuni cu caracter simbolic

Atunci când pacienţii sunt implicaţi în acţiuni autodestructive, este indicat să li se prescrie acţiuni repetitive care să simbolizeze actul autodestructiv, fără a avea însă consecinţele acestuia.

De regulă, actele autodestructive au drept scop încercarea de a pedepsi pe cineva care nu dă dovadă de suficientă dragoste şi atenţie faţă de subiectul în cauză.

Strategia este utilă în cazul bulimiei, tricotilomaniei sau altor comportamente autoagresive.

Astfel, de pildă, în cazul pacientei bulimice descrise de Cloe Madanes (1991), membrii familiei trebuiau să cumpere mâncarea favorită a acesteia, iar pacienta trebuia să amestece, în prezenţa familiei, toate alimentele într-un vas şi să le arunce la toaletă.

O altă modalitate de a utiliza simbolurile constă în prescrierea unei povestiri metaforice.

Terapeutul va selecta cele mai importante elemente ale situaţiei problematice, le transformă într-o metaforă pe care o prezintă clienţilor sau le-o trasează ca sarcină pentru acasă.

Astfel, de pildă, Cloe Madanes (1990) a solicitat unui cuplu care se certa tot timpul să scrie o lucrare în care să furnizeze sfaturi unei întreprinderi imaginare care doreşte să-şi rezolve unele probleme cum ar fi conflictele la nivelul conducerii sau ameninţarea că angajaţii vor părăsi întreprinderea. Fiecare soţ va primi propria

sa sarcină imaginară, care nu reprezintă altceva decât o metaforă pentru dificultăţile din cadrul cuplului.

Milton Erickson obişnuia să istorisească pacienţilor săi povestiri care conţineau în sine soluţii posibile ale problemei.

◆ Mimarea simptomului

Adesea, simptomul are drept scop obţinerea unui beneficiu secundar care este dragostea şi atenţia celorlalţi.

Astfel, un copil poate acuza dureri de stomac pentru a obţine dragostea şi atenţia mamei, iar un soţ depresiv, sprijinul afectiv al soţiei sale.

În asemenea situaţii, terapeutul poate solicita copilului să pretindă că are durerea respectivă, iar părinţilor să-l încurajeze ca şi cum durerea ar fi adevărată. Atunci când beneficiul secundar este obţinut fără prezenţa simptomului, acesta, nemaifiind necesar, va avea tendinţa să dispară.

ETAPA a III-a. A IUBI ŞI A PROTEJA

Cloe Madanes (1990) arată că la nivel şi mai elevat, oamenii sunt motivaţi de dorinţa de a-i iubi şi proteja pe ceilalţi. Această nevoie poate scoate la iveală calităţi deosebite, cum ar fi compasiunea, generozitatea, blândeţea, dar şi defecte ca: posesivitatea, dominanţa, violenţa şi tendinţa de a se amesteca nejustificat în vieţile celor dragi.

Astfel de situaţii apar în cazul părinţilor care îşi pedepsesc copiii pentru binele lor, a soţului care îşi domină soţia pentru a o proteja sau a profesorului care îşi critică mereu elevii pentru a-i face să înveţe mai bine.

În cazul în care o persoană se dovedeşte incapabilă să aibă grijă de obiectul dragostei sale, ea va avea tendinţa de a recurge la mijloace indirecte de a-şi demonstra grija respectivă.

De pildă, un copil poate să-şi manifeste grija şi afecţiunea pentru părintele său, distrăgându-i atenţia de la necazurile de la serviciu

prin faptul că prezintă o anexietate nejustificată sau tulburări de comportament.

Grija părintelui pentru copilul cu probleme îi va distrage acestuia atenţia faţă de propriile probleme, dar costul acestui tip de interacţiune constă în sacrificarea intereselor şi plăcerilor copilului şi astfel, deşi dragostea este mobilul care declanşează o astfel de secvenţă comportamentală, stările afective care vor domina pacienţii prezentând probleme ca: ameninţări sau tentative de suicid, tendinţe spre abuz şi neglijare, obsesii, crize de nervi, tulburări de gândire sau sentimente de culpabilitate.

Terapeutul are sarcina de a modifica maniera în care membrii familiei îşi acordă dragoste şi protecţie unul celuilalt, precum şi cine are grijă de cine.

Comunicarea între membrii unei familii cu astfel de probleme se centrează în jurul ideilor de moarte, lipsă de speranţă, epuizare, lipsă de control şi culpabilitate.

Specificul acestor interacţiuni constă în aceea că atunci când un membru al familiei este nefericit, un altul doreşte să moară. Metaforele utilizate se referă la faptul că cineva este închis, prins în capcană, că şi-a pierdut libertatea. Membrii familiei au senzaţia că au pierdut controlul asupra gândurilor şi vieţilor lor, deoarece acţiunile pe care le întreprind au drept consecinţă punerea în pericol a vieţii celorlalţi.

Parcă se iscă un fel de competiţie între membrii familiei în legătură cu cine este mai autodestructiv şi mai vinovat.

Terapeutul trebuie să inducă o metaforă care să sugereze dragoste, umor, fericirea de a fi împreună, inversând în acelaşi timp ierarhia referitoare la cine are nevoie de ajutor şi cine trebuie să acorde ajutorul.

Acesta va construi secvenţe de interaţiune în care copiii să acorde ajutor părinţilor, în felul acesta, membrii suicidari sau dezechilibraţi ai familiei îşi vor recâştiga autocontrolul şi vor deveni sprijinul celorlalţi.

La acest nivel, cele mai eficiente strategii sunt:

◆ Reunirea membrilor familiei

Atunci când problema familiei este legată de teama de separare de persoana iubită, sarcina terapeutului este să reunească şi să reconcilieze familia şi să vindece rănile produse de interacţiunile patologice, astfel încât separarea să nu mai fie necesară.

Astfel, C l o e M a d a n e s (1990) citează cazul unei paciente cu atacuri de panică pe care le credea legate de relaţia ei cu actualul prieten. Ea era mama a trei băieţi mari, care plecaseră de acasă şi nu au dat nici un semn de viaţă timp de câţiva ani. Terapeutul, împreună cu fostul soţ au ajutat-o să dea de urma băieţilor, care au fost invitaţi la o reuniune de familie. După ce a avut loc reconcilierea familiei, simptomul pacientei a dispărut.

Adesea, unul dintre membrii unui cuplu se manifestă iubitor, în timp ce celălalt este rejectant şi refuză să vină la terapie. Într-o astfel de situaţie, cea mai bună strategie este învăţarea pacientului cum să-şi recâştige partenerul, cum să-l înţeleagă, să-i respecte libertatea şi să-i ofere acea dragoste de care are nevoie.

◆ Schimbarea rolurilor („cine ajută pe cine")

Unerori, beneficiul secundar al simptomului este de natură altruistă, acesta având drept scop să ajute pe cineva.

O fiică a unei mame depresive poate face o tentativă de suicid, care are menirea de a o face pe mamă să renunţe la depresia ei pentru a-şi ajuta fiica.

Strategia terapeutică se referă la a-i cere mamei să se prefacă deprimată, iar fiicei să se prefacă că o ajută, încurajând-o, jucând cu ea jocuri sau exprimându-şi deschis dragostea. Ipoteza terapeutică este că mama îi cere în mod mascat ajutor fiicei, iar aceasta, tot în mod mascat, încearcă s-o ajute prin intermediul tentativei de suicid.

Sarcina terapeutică face ca solicitarea mamei să devină deschisă şi îi pune la dispoziţie fiicei o manieră non-destructivă de a-şi ajuta mama.

O altă strategie constă în schimbarea persoanei care va prezenta simptomul. Astfel, de pildă, într-o familie în care există un copil „rău" şi altul bun, i se poate cere şi copilului bun să facă unele prostii pentru că nu este drept ca fratele cel rău să-şi atragă oprobiul întregii familii şi să ajungă până la urmă să-şi ruineze existenţa.

◆ Inversarea ierarhiei

Această strategie se potriveşte în cazurile în care părinţii apar ca incompetenţi, neajutoraţi, suferind de boli somatice, consumatori de alcool sau droguri, abuzivi sau neglijenţi faţă de copii.

Copiii îi iubesc pe părinţii, iar aceştia nu le acordă dragoste şi protecţie.

În astfel de situaţii, terapeutul va trasa sarcină copilului (sau copiilor) să aibă grijă de un aspect al vieţii părinţilor, aspect care i-ar putea face pe aceştia mai fericiţi. Copiii îi pot îndemna pe părinţii să iasă mai des în oraş, le pot prepara dejunul sau îi pot îndemna să plece în week-end, terapeutul cerându-le să vină cu cât mai multe sugestii de acţiuni care le-ar face plăcere părinţilor. Aceste sarcini trebuie să aibă un caracter ludic şi să fie în acord cu vârsta copiilor, astfel încât să nu reprezinte un efort pentru ei.

◆ Acţiunile pozitive

Unii clienţi se prezintă la psihoterapie nutrind sentimente depresive de inutilitate, culpabilitate şi autodevalorizare, fiind obsedaţi de gânduri legate de propriul lor eşec sau de lipsa de sens a existenţei.

În loc să-i contrazică, terapeutul trebuie să le spună că este posibil ca ei să fie lipsiţi de valoare şi tocmai pentru că nu sunt importanţi ar trebui să se dăruiască într-o măsură mai mare altor persoane pentru care viaţa are importanţă. Li se recomandă să aleagă anumite persoane, dacă este posibil legate de sentimentele lor de culpabilitate, şi să facă pentru acestea acţiuni anonime cu caracter caritabil.

Astfel, de pildă, unui veteran al războiului din Vietnam, obsedat de atrocităţile văzute sau comise, i se poate sugera să doneze bani sau să lucreze pentru o organizaţie care se ocupă de fiii orfani ai militarilor căzuţi în luptă (Cleo Madanes, 1990, p. p. 31).

O altă strategie constă în „crearea" unor amintiri pozitive.

Există cupluri care se ceartă pentru fel de fel de fleacuri: cine duce gunoiul, cine spală vasele, cine şi ce i-a reproşat partenerului etc. Aceştia se concentrează asupra aspectelor negative ale existenţei, ignorând faptul că ei ţin unul la celălalt.

Terapeutul va interveni în mai multe etape.

La început, li se va cere soţilor să-şi amintească momentele cele mai frumoase petrecute împreună, apoi terapeutul va accentua faptul că 10 ani de acum încolo nu va fi important cum spală vasele, ci doar momentele frumoase vor fi reţinute.

Terapeutul va recomanda apoi soţilor să realizeze împreună câte un lucru frumos care să poată reprezenta o amintire pozitivă pentru mai târziu.

ETAPA a IV-a. RESENTIMENTELE ŞI IERTAREA

La al patrulea nivel, problemele principale care apar în cadrul familiei ţin de resentimente şi de iertare, conflictele fiind legate de incest, abuzuri sexuale sau acte de sadism.

Atunci când oamenii şi-au produs traume unii altora sau au la bază resentimente, reacţii de tip „doliu", minciună, secretizare, auto-depreciere, izolare şi disociere, principala trăire afectivă fiind sentimentul de ruşine legat de faptul că nu poate ierta ceea ce i s-a întâmplat.

În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să renegocieze cui îi revine ruşinea, pentru că de multe ori victimele sunt cele blamate.

Comunicarea între membrii familiei se învârteşte în jurul secretului, pentru că aceştia se tem că scoaterea la iveală a ceea ce s-a petrecut le va aduce şi mai multă ruşine. Secretizarea însă menţine alianţe nepotrivite şi fac incestul şi abuzurile să fie în continuare posibile. Metaforele comunicării se referă la ignorarea

şi lipsa conştientizării, empatiei şi responsabilităţii, cei implicaţi comportându-se după regula „călău-victimă”.

Terapeutul va trebui să introducă metafore referitoare la spiritualitate şi unitate, prezentând simboluri care se referă la compasiune şi la stări afective superioare. Membrii familiei sunt dirijaţi treaptă cu treaptă de la abuzuri spre comportament reparator şi spre acordarea protecţiei reciproce. Se pune accentul pe realitate şi responsabilitate, iar ipocrizia şi minciuna sunt înlocuite cu comunicări deschise şi sincere.

Strategii utilizate în acest stadiu sunt:

◆ Crearea unui sistem de referinţă pozitiv

Aceasta implică ameliorarea calităţii vieţii şi crearea unei atmosfere încărcate afectiv pozitiv. Terapeutul va face eforturi pentru a ameliora comunicarea, asertivitatea, precum şi capacitatea membrilor familiei de a dărui şi de a primi dragoste. Acesta va aminti clienţilor săi, ori de câte ori este posibil, că ei au venit la psihoterapie animaţi de dragoste şi compasiune şi că ei sunt în căutarea unei vieţi bune şi a unui mod mai bun de relaţionare unii cu ceilalţi. Aceste comentarii vor tinde să oprească intervenţiile pline de ostilitate ale membrilor familiei unii faţă de ceilalţi.

Această strategie presupune şi utilizarea umorului şi a reducerii la absurd, pentru că atunci când oamenii nutresc emoţii negative iraţionale unii faţă de ceilalţi, introducerea unor comunicări cu caracter ludic poate declanşa noi modele comportamentale.

◆ Găsirea unui protector

În cazurile de abuz sau neglijare, chiar existenţa familiei ca un tot unitar este ameninţată. Pentru a rezolva astfel de situaţii, terapeutul trebuie să găsească o persoană puternică şi responsabilă, care să fie un membru mai îndepărtat al familiei sau un vecin (nu terapeutul), căreia să i se transfere responsabilitatea în legătură cu familia aflată în impas. Acest transfer trebuie să aibă loc în mod

gradat şi în etape, astfel încât, sub îndrumarea protectorului, membrii familiei să poată să-şi acorde iertarea reciprocă. Astfel, dacă tatăl s-a comportat abuziv faţă de fiu, protector poate deveni o bunică sau un unchi care va urmări ca faptele respective să nu se mai repete. La început, familia va fi supravegheată atât de protector, cât şi de serviciile sociale, urmând ca în final să se ocupe de caz doar protectorul.

◆ Acordarea unor reparaţii morale (iertare şi căinţă)

Reprezintă o strategie utilizată în situaţiile în care a existat un caz de abuz sexual în familie, produs de un frate mai mare asupra unuia mai mic, în cazuri de incest între tată şi fiică, de abuzuri fizice şi chiar în cazul unor abuzuri petrecute cu mai mult timp în urmă. Strategia are efecte terapeutice atât asupra agresorului, cât şi asupra victimei şi poate suferi astfel de modificări încât să se adreseze doar unuia dintre cei doi.

Terapia are loc în trepte. La început, terapeutul discută cu toată familia pentru a obţine informaţii în legătură cu cine şi ce i-a făcut altui membru al familiei. Această şedinţă are un efect benefic deoarece este pentru prima dată când membrii familiei discută deschis despre cele petrecute. Apoi, terapeutul îl întreabă pe agresor de ce fapta sa este rea, iar acesta din urmă îi răspunde că a fost un act violent, împotriva religiei, împotriva legii etc.

Terapeutul va sublinia că actul respectiv a fost negativ nu numai pentru motivele menţionate ci şi pentru un alt motiv, şi anume că a produs durere în sufletul celui agresat, explicând faptul că, într-un fel, sexualitatea şi spiritualitatea sunt oarecum legate şi, de aceea, un atac în plan sexual poate fi mai rău decât alt gen de atac. De asemenea, un atac în plan sexual produce o durere morală nu numai în sufletul victimei, ci şi în sufletul agresorului pentru că este oribil să faci aşa ceva unei fiinţe, mai ales unei ființe la care ții și care face parte din familia ta. În acest moment intervin și ceilalți membri ai familiei, care afirmă că şi victima a fost molestată. Terapeutul ascultă cu înţelegere şi subliniază faptul că atacul sexual a cauzat

durere sufletească mamei victimei, tatălui şi celorlalţi fraţi care ar fi dorit să apere victima.

Apoi terapeutul îi cere agresorului să se aşeze în genunchi şi să ceară iertare victimei, care poate să-l ierte dacă doreşte, dar nu este obligatoriu să o facă. După ce familia cade de acord asupra faptului că regretele şi căinţa agresorului sunt sincere, şi ceilalţi membri ai familiei cad în genunchi în faţa victimei, exprimându-şi regretul de a nu o fi protejat. În cazul în care victima nu este prezentă, agresorul îşi poate exprima regretele şi faţă de restul familiei. În continuare, terapeutul discută cu membrii familiei consecinţele repetării unei astfel de fapte antisociale, consecinţele care ar trebui să ducă la expulzarea vinovatului din cadrul familiei. Terapeutul va găsi apoi unul sau mai mulţi protectori pentru victimă. Agresorului i se cere să întreprindă şi o acţiune concretă cu caracter reparatoriu, ca de pildă să doneze nişte bani pentru educaţia victimei.

Se discută apoi un program de activităţi normale pentru victimă şi agresor, ambii fiind încurajaţi să întreţină cât mai multe relaţii sociale cu persoane de vârsta lor.

Înainte de încheierea terapiei, terapeutul va trebui să reclădească dragostea mamei pentru agresor, să-l ajute pe acesta să-şi acorde lui însuşi iertarea. Trebuie subliniat, de asemenea, faptul că victima nu este responsabilă pentru actele agresorului.

◆ Compasiune şi unitate

Strategia este utilă pentru subiecţii traumatizaţi, care au fost victime ale unor nedreptăţi, care sunt obsedaţi de această situaţie şi care îşi amintesc mereu şi încearcă să înţeleagă ce li s-a întâmplat.

După ce terapeutul a ascultat cu căldură şi înţelegere cele petrecute, acesta va trebui să conducă lucrurile către o încheiere, astfel încât pacientul să-şi direcţioneze atenţia către lucruri mai constructive, subliniind faptul că pacientul are mai multe lucruri în comun cu terapeutul sau cu prietenii decât cu copilul din el care a

fost brutalizat cândva. De asemenea, pacientul trebuie să fie conştient de faptul că zeci de mii de copii au suferit şi suferă diverse brutalităţi şi că ceea ce este important este ca victima să-şi aducă contribuţia la încetarea unor astfel de dureri şi nedreptăţi. Se urmăreşte, cu alte cuvinte, separarea de trecut şi dezvoltarea unui sentiment de unitate şi comuniune cu restul omenirii.

Capitolul 8

CONDIȚIILE PSIHOTERAPIEI EFICIENTE

Poate că problema cea mai importantă care se ridică în cazul psihoterapiei constă în aceea că mulți terapeuți încearcă să o încadreze într-un sistem teoretic coerent, terapia fiind apreciată în funcție de limbajul conceptual utilizat sau de școala terapeutică în cadrul căreia a apărut (psihoterapie cognitiv-comportamentală, psihoterapie ericksoniană, terapie scurtă, terapie de familie etc.). În felul acesta, terapeutul și clientul devin sclavii unui model în loc să utilizeze respectivul model pentru a servi intereselor clientului.

Lankton (1990) introduce noțiunea de „terapie eficientă", apreciind valoarea acesteia în funcție de trei criterii:

- relația client–terapeut;
- practica terapeutică;
- experiența personală a autorului în calitate de client și terapeut.

Factorii specifici relației client–terapeut, care contribuie la succesul psihoterapiei sunt următorii (Lankton, 1990):

Înțelegerea și întâlnirea clientului pe terenul său

Autorul insistă asupra faptului că abordarea terapeutică trebuie să fie unică pentru fiecare client în parte, așa cum sublinia în lucrările sale Milton Erickson. Pentru a ilustra modul în care terapeutul îl întâlnește pe client pe terenul său, Stephen Lankton (1990, p. 63) redă următorul dialog terapeutic, realizat în cadrul primului contact cu un pacient toxicoman.

Clientul intră în cabinetul de psihoterapie și din modul în care se prezintă acesta, rezultă faptul că el are o atitudine negativă față de psihoterapie.

Terapeutul: Bună ziua! Cu ce vă pot fi de folos?

Clientul: O, cu nimic. Nu ar fi trebuit să vin aici.

T: Dar de ce? Aici este un loc plăcut, unde lumea se simte bine.

C: Poate, dar am impresia că pereții se strâng și camera devine tot mai mică.

T: Nu m-am gândit la asta. Mă simt relaxat. Nu ți se pare că este relaxant aici?

C: Nu pot suporta să stau aici, trebuie neapărat să ies afară.

T: Hai să vedem ce este! (terapeutul se apropie de client) Da, da, acum înțeleg ce se întâmplă. Într-adevăr, pereții parcă se mișcă. Se mișcă de parcă ar fi niște valuri, valurile mării. Îți place marea, nu-i așa?

C: Da, îmi place.

T: Mi se pare că umbrele de pe pereți îi fac să pară ca valurile mării, care se lovesc de țărm. Îmi place să stau la soare și să privesc valurile. Ție nu-ți place?

C: Da, îmi place chiar foarte mult.

T: Și căldura încăperii se aseamănă cu soarele care te face să te relaxezi tot mai mult, să privești valurile și să visezi vise frumoase...Ști ce vreau să spun, nu-i așa?

C: Da, știu. Îmi aduc aminte... (expirație prelungită urmată de pauză) și îmi pare bine că am venit aici.

T: Și mie îmi pare bine. Îmi face plăcere să stau de vorbă cu tine. Cum te numești?

Conversația care a urmat a avut ca temă utilizarea drogurilor de către client. Acest tip de dialog este specific psihoterapiei ericksoniene și constă în aceea că terapeutul „pune un picior pe terenul clientului în timp ce piciorul celălalt rămâne pe terenul său propriu".

După ce a fost captată bunăvoința clientului, acesta este ghidat și motivat să găsească o alternativă la problema sa, alternativă care să-i permită să-și actualizeze resursele latente de a face față stresului vieții cotidiene. Exemplul prezentat mai sus ilustrează modul în care autorul (Stephen Lankton, 1990) abordează un subiect cu tulburări de percepție în interrelație cu mediul înconjurător, atitudinea terapeutului implicând empatizare, angajare emoțională, motivare și ghidare.

Încredere în sine şi în ceilalţi

Pentru a fi eficient, terapeutul trebuie să accepte realitatea pe care o prezintă clientul chiar dacă aceasta nu corespunde convingerilor sale, el mimând faptul că este convins de „realităţile" clientului; ca de pildă, de faptul că pereţii se mişcă.

Această empatizare are însă şi aspecte negative, în sensul că terapeutul nu va putea empatiza cu violenţa, ura şi actele antisociale ale unora dintre clienţi.

În astfel de cazuri, dacă nu se poate evita psihoterapia, este necesar ca terapeutul să se protejeze şi să-şi privească pacientul printr-un „telescop" şi nu prin „microscop".

O dată stabilită relaţia terapeutică, terapeutul va ghida clientul spre o nouă lume construită, ţinându-se seama de experienţele anterioare ale clienţilor şi care implică formarea unor noi atitudini, stări emoţionale, comportamente şi a unor noi moduri de autopercepere şi autoevaluare a propriei persoane.

Să-i simpatizăm pe clienţii noştri

În cazul în care terapeutul nu-şi simpatizează clientul, el nu poate intra în relaţie empatică cu acesta şi nu poate simţi ce simte el.

Stephen Lankton (1990) este de părere că dacă nu ne place şi nu avem încredere în client, este mai bine să-l recomandăm altui terapeut, iar dacă acest lucru se întâmplă prea frecvent, terapeutul însuşi are nevoie de psihoterapie.

Construirea realităţii terapeutice

Atunci când clienţii se percep şi se concep pe ei înşişi într-un mod care îi limitează, terapeutul va trebui să schimbe cu fermitate această atitudine şi să-i conducă la soluţii terapeutice care nu implică limitări şi pe care ei le descoperă singuri.

Astfel, de pildă, dacă terapeutul decide că o persoană trebuie să ia medicamente antidepresive, această constatare se transformă într-o

etichetă cu caracter limitativ şi devine o realitate. În acelaşi mod, dacă acesta decide că pacientul a făcut cea mai bună alegere pentru a face faţă existenţei, şi această decizie va tinde să se transforme în realitate.

Astfel, terapeutul va crea împreună cu clientul lumea alegerilor şi a limitărilor clientului.

Corectarea obiectivelor imaginare şi a metodelor ineficiente de atingere a acestora

Adesea, simptomele clienţilor rezultă din anumite obiective imaginare puse în practică prin intermediul unor metode ineficiente. Astfel, de pildă, un bărbat poate încerca să-şi salveze imaginea şi respectul de sine comportându-se ca o persoană geloasă, în speranţa că soţia va plânge, se va scuza şi-i va mărturisi dragostea. Soţia, la rândul ei, poate spera că soţul va conştientiza latura tandră şi slabă a personalităţii sale şi îi va solicita sprijinul, astfel încât ea se va simţi utilă. Rezultatele vor fi dezastruoase pentru că ambii utilizează metode greşite de atingere a unor obiective cu caracter imaginar. Bărbatul nu trebuie să-şi construiască respectul de sine pe baza aprecierilor exterioare pe care le realizează soţia, iar aceasta ar trebui să se simtă utilă datorită propriilor sale calităţi şi acţiuni şi nu pentru că soţul are nevoie de ea. Fiecare din cei doi parteneri doreşte ceva de la celălalt pentru a completa ceea ce lipseşte din modul în care îşi percep propria persoană. Ceea ce ar trebui să facă ei ar fi să modifice această realitate interioară, astfel încât partea care lipseşte să nu mai trebuiască să vină din exterior. Desigur că ar fi bine şi ca ei să-şi acorde mai multă atenţie unul celuilalt dacă doresc ca relaţia lor interpersonală să fie mai bună.

Terapeutul trebuie să-l ajute pe client să-şi stabilească obiectivele şi să utilizeze metode adecvate pentru a le atinge.

Stephen Lankton (1990) descrie cazul unei [illegible] pubertate care pretindea că are întâlniri cu un cunoscut [illegible] muzică rock prin metode telepatice, cu ajutorul [illegible] care se îmbracă băieţeşte şi vorbea cu accentul [illegible]

Majoritatea psihiatrilor ar fi considera-o [illegible] şi i-ar fi prescris tratament medicamentos.

Terapeutul a fost de părere că fata este perfect normală şi face exact ce trebuie să facă un copil la vârsta pubertății şi anume „învață" să aibă întâlniri cu persoane de sex opus. Aceste încercări reprezentau acte de curaj din partea ei, mai ales datorită faptului că tatăl era pensionat medical, nu aducea decât foarte puțini bani acasă, nu întreținea relații sexuale cu mama fetei de 12 ani, era rece, ostil şi chiar agresiv cu familia.

În ciuda acestui comportament al tatălui, cele două fetițe (pacienta avea şi o soră mai mică) se comportau firesc, numai că ele nu utilizau mijloacele adecvate pentru a ajunge să aibă întâlniri cu băieții. Obiectivul pacientei în cauză avea un caracter imaginar (întâlnirea cu un artist), obiectivul putând fi adecvat dacă ar fi fost vorba de un tânăr de vârsta ei.

Abordând în acest fel problema, terapeutul a deplasat-o din cadrul patologicului în sfera normalității.

Acesta a lucrat la început cu părinții, mai ales cu tatăl, redându-i acestuia încrederea în sine şi dirijându-l în aşa fel încât să acorde mai multă atenție fiicei sale. Efectul asupra acesteia a fost evident, fetița începând foarte curând să primească telefoane de la colegi de şcoală.

Utilizarea şedinței de psihoterapie pentru a motiva clienții în direcția schimbării

Acțiunile întreprinse de terapeut în cursul şedințelor de psihoterapie au şi menirea de a-l face pe client să se raporteze altfel la realitatea înconjurătoare.

Adesea, discuțiile şi comunicările cu caracter metaforic le reamintesc clienților despre experiențele lor trecute. Cu toate acestea, Stephen Lankton (1990) nu insistă pe experiențele trecute şi pe relațiile pe care le-au avut aceştia cu părinții în copilărie decât în măsura în care aceste experiențe pot motiva clientul să privească altfel realitatea prezentă. Astfel, de pildă, exprimarea ostilității față de tată în cursul transei hipnotice, îl poate face pe client să fie mai aservit cu partenerul de viață.

Utilizate eficient, amintirile legate de experiențe anterioare pot contribui la construirea motivației pentru acțiunile prezente. Terapeutul le solicită adesea clienților săi aflați în hipnoză sau relaxare să converseze cu copilul din interiorul ființei lor sau să se relaționeze cu părintele „ca şi cum" scena ar fi reală, pentru a scoate la iveală resurse cognitive, afective şi comportamentale care să fie puse în acțiune în situațiile prezente.

Ajutarea clienților să-şi mărească repertoriul de abilități pentru rezolvarea problemelor

Atunci când clienții se ameliorează, interacțiunile familiei au tendința de a se centra spre altceva decât spre simptomul care a dispărut şi este dificil de presupus ce anume va apărea în cadrul acestor interacțiuni pentru a se restabili echilibrul în cadrul sistemului familial. Membrii familiei se vor relaționa altfel unii cu ceilalți şi se va pune problema unor noi opțiuni comportamentale din cadrul procesului de rezolvare de probleme.

Strategiile de rezolvare a problemelor din cadrul familiilor, pot fi, de pildă, solicitarea ajutorului, punerea în acțiune a unei atitudini protectoare, discuțiile în contradictoriu.

Atunci când clienții se modifică, ei vor interacționa la alt nivel unii cu alții şi atunci simptome cum ar fi anxietatea, teama, depresia, insomnia, tulburările sexuale, singurătatea, dependența de droguri sau violența, vor ocupa un loc mai puțin important în cadrul existenței lor. Probleme patologice care nu reprezintă altceva decât încercări ineficiente de atingere a unor scopuri greşit concepute, vor avea tendința să dispară, iar terapeutul va trebui să-l ajute pe client să-şi rezolve pe alte căi problemele curente.

Ajutarea clienților să mențină achizițiile obținute în [illegible]

În cadrul modelului său, Stephen [illegible] un accent deosebit pe menținerea achizițiilor [illegible] se poate realiza prin intermediul unor [illegible] internă şi externă, pentru că atunci când persoanele se motivează pentru un

anumit comportament care este întărit şi de societate, respectivul comportament va avea tendinţa de a se stabiliza.

Întărirea comportamentelor adaptative nou achiziţionate trebuie realizată în funcţie de patru niveluri aflate în interacţiune reciprocă. Astfel, terapeutul trebuie să aibă în vedere:

1) Trebuinţa de evoluţie psihică şi biologică.
2) Excepţiile clientului şi auto-monitorizarea, autoadministrarea de întăriri pozitive şi negative; lucrul asupra imaginii de sine.
3) Sancţiunile sociale (din partea familiei şi persoanelor de aceeaşi vârstă).
4) Cerinţe sociale cu caracter mai larg (vecini, norme socio-culturale).

În măsura în care se realizează o concordanţă între trebuinţele şi sancţiunile specifice diferitelor niveluri, se poate obţine şi menţine starea de sănătate fizică şi psihică.

O psihoterapie eficientă va trebui să ajute clienţii să achiziţioneze sau să utilizeze abilităţi din sfera perceptivă, cognitivă, afectivă şi comportamentală, care să răspundă trebuinţelor de evoluţie şi autorealizare, precum şi de solicitările ecosistemului.

Terapia trebuie astfel concepută încât să contribuie la producerea unor schimbări specifice şi evidente la toate nivelurile menţionate, mai precis să genereze noi sentimente, să înlocuiască gândurile negative, disfuncţionale cu altele pozitive, să producă modificări la nivelul imaginii de sine, să consolideze noi roluri sociale şi să reorganizeze structurile familiale.

FACTORII CREŞTERII EFICIENŢEI PSIHOTERAPIEI (LANKTON, 1990)

Identificarea problemelor

De cele mai multe ori, clienţii îşi exprimă plângerile sau simptomele în termeni vagi, situaţie în care terapeutul trebuie să fie mai riguros în ghidarea acestora în direcţia formulării clare a problemelor.

Astfel, de pildă, Lankton (1990, p. 70) citează următorul caz de psihoterapie de cuplu. Doi soţi s-au prezentat la cabinet afirmând

că problema lor era că aveau relaţii sexuale prea rare. Terapeutul şi-a imaginat că aceştia aveau contacte sexuale la câteva săptămâni şi le-a vorbit aproximativ o jumătate de oră, având în minte această supoziţie. La un moment dat, terapeutul a simţit nevoia unei precizări şi a întrebat ce înţeleg ei prin relaţii sexuale puţin frecvente, la care soţul a răspuns în mod spontan: „de trei ori pe zi".

Din acel moment, terapeutul a început să fie tot mai atent cu modul în care clienţii îşi înţeleg problema-simptom.

Stabilirea şi înţelegerea semnificaţiei unui contract terapeutic

După ce a aflat în ce constă simptomul, terapeutul nu trebuie să tragă imediat concluzia că pacientul doreşte să se modifice.

Problema cea mai fecvent întâlnită în cursul psihoterapiei constă în aceea că terapeuţii nu pot preciza ce anume cred clienţii că trebuie să realizeze în cursul psihoterapiei. Din acest motiv, terapeuţii nu ştiu în ce direcţie să-şi îndrepte energia, iar clienţii se comportă relativ indiferent faţă de ceea ce se petrece în şedinţa de psihoterapie, nu se gândesc la terapie când se află în afara cabinetului şi nu-şi îndeplinesc sarcinile pentru casă.

Stabilirea unui contract referitor la obiectivul general al terapiei precizează ce anume crede clientul că va obţine dacă va atinge obiectivul respectiv.

Terapeutul nu trebuie să facă presupuneri, ci să obţină informaţii precise. Astfel, dacă o clientă afirmă că doreşte să scape de mama ei, acesta trebuie să-i adreseze o întrebare de tipul următor: „de ce doreşte să facă lucrul acesta?", iar dacă pacienta răspunde că doreşte să se elibereze de anxietate, de asemenea, terapeutul nu trebuie să presupună că este mai bine să scapi de anxietate, ci să aprofundeze problema, întrebând: „ce ai dori să faci atunci când te vei simţi mai puţin anxioasă?" sau: „de ce crezi că ar fi mai bine să simţi mai puţină anxietate?".

Stephen Lankton (1990) este de părere că terapeutul trebuie să continue cu întrebările până când clientul înţelege exact ce anume doreşte.

Această abordare este şi mai utilă atunci când ne confruntăm cu probleme emoţionale. Astfel, dacă pacienta plânge şi spune că

trebuie să se despartă de mama ei, terapeutul nu trebuie să creadă că știe în ce constă problema, ci să continue astfel:

„Tu pari supărată când spui că trebuie să te desparți de mama ta. Plângi dacă mai simți nevoia s-o faci, dar explică-mi ce înțelegi prin a te despărți și de ce vrei să faci așa ceva".

Activarea clienților

Întrebarea „de ce vrei să faci acest lucru?" se referă la cauza pentru care situația respectivă reprezintă o problemă și contribuie la activarea tendințelor de căutare interioară ale clienților. Această energie psihică pusă în acțiune de subiecți trebuie speculată de terapeut care le poate cere, de pildă, să realizeze sarcini pentru acasă.

Stephen Lankton (1990) a constatat că orice acțiune, cât de neînsemnată, pe care o realizează clientul între ședințele de terapie și care reprezintă un mic pas în direcția schimbării, amplifică rezultatul procesării terapeutului din cadrul ședinței următoare.

Astfel, de pildă, unui pacient care se simțea nesigur de sine, terapeutul i-a dat o amuletă reprezentând o păpușă indiană și i-a indicat s-o poarte asupra sa în cursul săptămânii următoare. La următoarea întâlnire terapeutică, pacientul a afirmat că a ajuns la concluzia că atâta timp cât dispune de mecanismul imaginației nu are de ce să se simtă rău.

Prin intermediul acestor sarcini terapeutice, care implică realizarea unor mici modificări în existența lor, clienții își modifică și atitudinile față de existență și față de propria persoană, contribuind la întărirea motivației care i-a adus la psihoterapie. Se ajunge astfel la depășirea pasivității care demobilizează, adesea, și terapeutul. Un client motivat devine activ, iar activismul său îl ajută pe terapeut să realizeze o terapie eficientă.

Provocarea clienților pentru a obține informații suplimentare

Stephen Lankton (1990) relatează faptul că adesea clienții pun probleme vagi, greu de definit. Astfel un tânăr afirma că ar vrea să fie mai puțin anxios la facultate, dar în cele din urmă a decis că nici nu vrea să urmeze o facultate, iar alt client spunea că ar dori să se simtă mai puțin tensionat la locul de muncă, în final rezultând că el nu dorea să rămână în acel serviciu.

În astfel de cazuri, terapeutul nu trebuie să se mulțumească doar cu solicitarea inițială, ci să provoace clientul a obține date suplimentare.

Astfel, de pildă, terapeutul ar trebui să adreseze întrebări de tipul: „nu înțeleg de ce aceasta reprezintă o problemă?" sau „nu te-ai gândit să nu faci acest lucru deloc?" (să rămâi la facultate, să te muți, să te căsătorești etc.).

Desigur, aceasta nu înseamnă că terapeutul ar trebui să sugereze cu prea multă ușurință divorțuri sau schimbări de carieră. Dimpotrivă, în cazul în care clientul se arată prea entuziasmat de astfel de idei, terapeutul trebuie să devină și mai circumspect și să continue investigațiile.

Utilizarea sarcinilor terapeutice

Adesea, terapeuții plasează problemele clienților în sfera patologicului din dorința de a înțelege mai bine problemele lor și de a-i ajuta.

Această atitudine plasează terapeutul în situația iluzorie că știe care este cauza tulburării, acesta angajându-se într-un demers eronat, de convingere a clientului să se încadreze în tiparele stabilite, în mod artificial, de el.

În felul acesta, sunt activate rezistențele clienților, care țin ca statutul lor de ființă unică să fie respectat.

Pentru a se evita „etichetările", terapeutul va trebui să culeagă informații în mod indirect, subtil și metaforic, fără a distruge relația terapeutică și responsivitatea clientului.

Terapeuții care sunt capabili să sesizeze mesajele non-verbale nu vor fi nevoiți să adreseze întrebări supărătoare de genul: „cum te-ai simțit atunci când te-a părăsit soția?" sau „ce te-ai hotărât să faci după ce ai căzut la examenul de admitere la facultate?".

Desigur, terapeutul are nevoie de răspunsuri la întrebări de acest fel, dar este de dorit să le obţină în mod indirect, fără a-i face pe clienţi să aibă impresia că sunt animale de experienţă.

Stabilirea unor obiective specifice pentru psihoterapie

Stephen Lankton (1990) subliniază faptul că este necesar să se stabilească nu numai obiectivele generale, aşa cum sunt ele exprimate în cadrul contractului terapeutic, ci şi obiective precise pentru fiecare şedinţă de psihoterapie.

Astfel, dacă obiectivul final poate fi ajutarea părinţilor să se descurce cu un copil cu tulburări de comportament, obiective pentru fiecare şedinţă de psihoterapie pot fi următoarele:

⇒ ajutarea părinţilor să simtă bucuria că au un copil;
⇒ învăţarea acestora să-şi exprime liber sentimentele de bucurie, supărare, mândrie;
⇒ ajutarea acestora să-şi exprime cerinţele în mod clar şi ferm etc.

CALITĂŢILE UNUI TERAPEUT EFICIENT, AŞA CUM SUNT APRECIATE DE PACIENŢI (Lankton, 1990)

Autorul subliniază faptul că majoritatea clienţilor preferă ca terapeutul lor să aibă următoarele calităţi:

1) Să fie fermecător, simpatic şi să-i stimuleze în plan psihologic.

Terapeutul nu trebuie să fie pisălog, plicticos, agresiv sau să dădăcească pacienţii. Acesta trebuie să aibă multă încredere în sine, să fie chiar puţin misterios, introducând puţină ambiguitate şi suspans în cadrul demersului terapeutic.

În acelaşi timp, terapeutul trebuie să fie egalul clientului, dar să-i merite respectul.

2) Să-l ajute pe client să se confrunte cu realitatea prezentă şi viitoare, să pară interesat de aceasta şi să nu fie excesiv de preocupat de amintirile şi experienţele trecute ale acestuia.

3) Să nu eticheteze pacientul, pentru că acesta reprezintă un om viu şi nu o entitate nozografică (boală, sindrom) şi să nu-i stabilească acestuia criterii exterioare şi artificiale de sănătate şi eficienţă.

4) Să fie omenos şi să aibă simţul umorului.

Bibliografie selectivă

1. De Shazer, S., *Keys of solution* in Brief therapy, W. W. Norton and Company: New York, London, 1985.
2. Ellis, A; Grieger, R., *Handbook of rationale therapy.* Springer Corp.; New York, 1977.
3. Ellis, A; *How Can Psychological Treatment to be briefer and better?* – The rationale-emotive approach to brief therapy, in zeig, J. K., Gillian, S. G. (eds.). Myths, methods and metaphors, Brunner/Mazel, Publishers, New York, 1990.
4. Godin, J., *La Nouvelle Hypnose: vocabulaire principes et méthode. Introduction a l'hypnotherapie ericksonniene.* Albin Michel, Paris, 1992.
5. Holdevici, Irina, *Psihoterapia – Un tratament fără medicamente.* Editura Ceres, București, 1993.
6. Holdevici, Irina, *Elemente de psihoterapie.* Editura All, ed. a III-a revăzută și adăugită, București, 1998.
7. Holdevici, Irina, *Psihoterapia tulburărilor anxioase: să ne eliberăm de frici, obsesii și fobii.* Editura Ceres, București, 1998.
8. Holdevici, Irina, *Sugestiologie și terapie sugestivă.* Editura Victor, București, 1995.
9. Holdevici, Irina, *Gândirea pozitivă. Ghid terapeutic de terapie rațional-emotivă.* Editura Știință și Tehnică, București, 1999.
10. Holdevici, Irina, Ion, Andreea, Ion, B., *Psihoterapii moderne: noua hipnoză ericksoniană,* Editura I.N.I., București, 1997.
11. Lankton, St. R., *Just do good therapy, in zeig.* J. K.; Gilligan S. G. (eds.). Brief therapy; Myths, metyhods and methaphors, Bruner/Mazel, Publishers, New York, 1990.
12. Lazarus, A, A., Fay, A, *Brief psychoterapy: tautology or oxy maron?* in zeig, J. K.; Gilligan, S. G. (eds.). Brief Therapy; myths, methods and metaphors, Bruner/Mazel, Publishers, New York, 1990.
13. Lankton, Carol, Lankton, St., *The answer within: a clinical framework of Ericksonian hypnotherapy,* Brunner/Mazel, Publishers, New York, 1983.
14. Madanes, Cloe, *Strategies and metaphors in Brief Psychoterapy,* in zeig. J. K. Gilligan, S. G. (eds.). Brief Therapy; myths, methods and methapors, Brunner/Mazel, Publishers, New York, 1990.
15. Meggle, D., *Les therapies bréves,* Retz, Paris, 1990.
16. Nardone, G., *Peur, panique, phobies. Un modele de strategie bréve pour une resolution rapide des problemes.* L'esprit du Temps, Psychologie, 1996.
17. Rosen, S., *Concretizing of symptoms and their manipulation,* in zeig, J. K. Gilligan, S. G. (eds.). Brief therapy; myths, methods and methapors, Brunner/Mazel, Publishers, New York, 1990.

Tipărit la S.C. UNIVERSUL S.A.